



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Cuidados Paliativos no Alto Minho

Uma Necessidade

Hugo Parente Viana da Silva



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Hugo Parente Viana da Silva

Cuidados Paliativos no Alto Minho

Uma Necessidade

Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho de Projeto efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

Co-orientadora: Mestre Andreia Félix

Este Trabalho de Projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Janeiro, 2016

RESUMO

As transformações ocorridas na atualidade no contexto da saúde, resultantes do envelhecimento populacional, do avanço da medicina e tecnologia, despoletaram novas necessidades em saúde, a implementação de novas políticas e a adaptação dos recursos, de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida destas pessoas. É de salientar que qualquer reforma e/ou reorganização de um sistema de saúde deve basear-se na prestação de cuidados que deem resposta aos problemas efetivos da pessoa que está a experienciar um processo de doença complexo, objetivando-se na qualidade, na eficácia, na eficiência e na efetividade das ações para alcançar resultados que se traduzam em ganho em saúde. Desta forma, a prestação de cuidados de saúde deve focar-se na atenção à pessoa de forma global, numa perspetiva holística, para isso é fundamental que o trabalho da equipa de saúde seja pautado pela integralidade, considerando a pessoa em suas múltiplas dimensões. É nesta perspetiva que os cuidados paliativos serão a resposta adequada à pessoa sem perspetiva de cura. Mas, para uma prestação adequada de cuidados paliativos torna-se necessária a existência de recursos específicos. Assim é da responsabilidade do sistema de saúde e da sociedade adequar as estruturas necessárias para que os cuidados paliativos sejam uma realidade, e como tal, um direito a que todos os doentes deveriam ter acesso. Embora em Portugal, nos últimos anos, tenham surgido políticas para dar resposta aos doentes sem perspetivas de cura, certo é que ainda existe uma grande insuficiência de estruturas de apoio à pessoa dada como incurável e sua família que necessitam destes cuidados.

Assim é fundamental desenvolver Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) que tornem esta filosofia real e sustentável. Deste modo, o principal objetivo deste Trabalho de Projeto é a criação de uma UCP em Viana do Castelo para dar resposta aos doentes com doença crónica, evolutiva e terminal da região do Alto Minho. Para isso, mobilizámos a Metodologia de Projeto, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento da prestação de cuidados paliativos favorecendo a eficácia dos cuidados prestados. Para a concretização deste Trabalho Projeto passamos por várias fases, tais como: Planeamento da implementação da Unidade de Cuidados Paliativos; Operacionalização; Consolidação, Monitorização e Formação.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Rede Nacional de Cuidados Paliativos; Unidade de Cuidados Continuados Integrados; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

The changes occurring today in the context of health by an aging population, the advancement of medicine and technology, triggered new needs in health, the implementation of new policies and the adaptation of resources in order to contribute to a better quality of life of people. It should be noted that any reform and / or reorganization of a health care system should be based on the provision of care that give answer to the actual problems of the person who is experiencing a process of complex disease in order to develop the quality, efficiency and effectiveness of actions to achieve results that translate into health gain. Therefore, the provision of health care should focus on attention to globally person in a holistic perspective, for it is fundamental that the health team work be guided by integrity, considering the person in its multiple dimensions. It is in this perspective that palliative care is the appropriate response to the person without curing perspective. But for a proper provision of palliative care becomes necessary to have specific features. So it is the responsibility of the health system and society adapt the structures to which palliative care is a reality, and as such, a right that all patients should have access. Although in Portugal in recent years, policies have emerged to respond to patients with no prospect of cure, certain is that there is still a lack of individual support structures given as incurable and his family who need such care.

So it is essential to develop Palliative Care Units (PCU) that make this real and sustainable philosophy. Thus, the main objective of this Project Work is the creation of a PCU in Viana do Castelo to respond to patients with chronic, progressive and terminal of the Alto Minho region. For this, we mobilized the Project Methodology, in order to contribute to the development of the provision of palliative care favoring the effectiveness of care. To implement this Project Work went through several phases, such as: Planning the implementation of the Palliative Care Unit; Operation; Consolidation, Monitoring and Formation.

Keywords: Palliative Care; National Network of Palliative Care; Integrated Continuous Care Unit; National Network of Integrated Continuous Care; Multidisciplinary Team.

AGRADECIMENTO

Este Trabalho de Projeto, tal como tudo o que “importa” na vida, implica algum tipo de investimento. Investimento esse que nos modifica e altera as nossas rotinas diárias, com implicação direta no tempo. Assim e por esse motivo, compete-me agradecer a quem durante todo este período colaborou comigo e me ajudou, direta e indiretamente na realização do mesmo.

Começo por agradecer à pessoa que me acompanha diariamente, incentivando e apoiando, que abdicou do nosso tempo para que eu pudesse levar a cabo este projeto, num período da vida que também necessitava de carinho extra por estar grávida, a Diana. À minha filha Maria João que teve da minha parte menos atenção do que a que merecia. Aos meus pais que sempre acreditaram em mim e que sem a educação que me proporcionaram, nada disto seria possível. Ao meu irmão Vasco, que no local onde está, certamente me apoiou e deu força para continuar. Um agradecimento muito especial à minha orientadora Professora Manuela Cerqueira que muito me incentivou, ajudou e orientou. À minha co-orientadora, Mestre Andreia Félix pela disponibilidade constante bem como pelo seu contributo. Às minhas colegas de mestrado, nomeadamente à Filipa e à Marisa que colaboraram com o programa formativo bem como pelo interesse demonstrado para a implementação do mesmo.

Não posso também deixar de agradecer aos elementos da Direção do Centro Comunitário de Darque onde exerço funções, pela autorização para a realização do Projeto bem como ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo, designadamente à Escola Superior de Saúde pelo contributo em mais uma etapa de enriquecimento formativo.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Artigo - art.

Citado - cit.

Quilómetro - Km

Número - n.º

Página - p.

Percentagem - %

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P

AIEP - Associação Europeia de Cuidados Paliativos

ANCP - Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARS - Administração Regional de Saúde

AVD - Atividade de Vida Diária

CC - Centro de Convívio

CCD - Centro Comunitário de Darque

CD - Centro de Dia

CDSS - Centro Distrital de Segurança Social

CPPSCD - Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque

CPRE - Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAPC – European Association for Palliative Care

ECI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EGA - Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ERCSP - Equipa Referenciadora dos Cuidados de Saúde Primários

ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos

HCB - Hospital Conde de Bertiandos

HSL - Hospital Santa Luzia

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS - Instituto da Segurança Social

LBCP - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEG - Gastrostomia Endoscópica Percutânea

PII - Plano Individual de Intervenção

PNAI - Plano Nacional de Ação para a Inclusão

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNS - Plano Nacional de Saúde

RMN - Ressonância Magnética

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAC - Tomografia Axial Computorizada

UC - Unidade de Convalescença

UCCILDM - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e
Manutenção

UCCIMDR - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e
Reabilitação

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UDPA - Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia

ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
CAPITULO 1 - OS CUIDADOS PALIATIVO: UMA NECESSIDADE EMERGENTE	19
1. O SURGIR E A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS AO LONGO DOS TEMPOS	21
1.1. Conceitos, Princípios e Filosofias dos Cuidados Paliativos	23
1.2. Conceito de Pessoa em Fim de Vida; Pessoa em Estado Terminal; Pessoa em Estado Agónico; Pessoa em Sofrimento	26
1.3. Áreas de Atuação dos Cuidados Paliativos	32
1.3.1. Níveis de Diferenciação em Cuidados Paliativos	33
2. DIMENSÕES RELEVANTES DOS CUIDADOS PALIATIVOS	39
2.1. Os Sintomas em Cuidados Paliativos	39
2.2. Comunicação em Cuidados Paliativos	45
2.3. A família do Doente Sem Perspetiva de Cura	48
2.4. Processo de Morrer e Processo de Luto	50
3. CUIDAR EM CUIDADOS PALIATIVOS	55
3.1. Questões Éticas em Cuidados Paliativos	56
4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM CUIDADOS PALIATIVOS	59
4.1. Orientações para o Desenvolvimento de Programas em Cuidados Paliativos	60
4.2. Modelos Organizacionais em Cuidados Paliativos	63
4.3. Critérios de Qualidade para um Programa de Cuidados Paliativos	66
CAPITULO 2 – CONCRETIZANDO UM PROJETO: DO DIAGNÓSTICO À PLANIFICAÇÃO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROJETO DE CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EM VIANA DO CASTELO	71
1. CONCETUALIZAÇÃO DA METODOLOGIA DO PROJETO	73
1.1. Diagnóstico de Situação	75
1.1.1. Breve Alusão à Realidade Portuguesa	76
1.1.2. Caracterização do Distrito de Viana do Castelo – Dados Sócio Demográficos e Recursos	79
1.1.3. Receitas e Custos Associados	96
1.2. Caracterização da Instituição (CCD)	97
1.3. Das Necessidades às Possibilidades	98
1.4. Necessidades Estruturais para uma Unidade de Cuidados Paliativos	102
1.5. Necessidades de Recursos Humanos	104
2. DO DIAGNÓSTICO AO PLANO DE AÇÃO DA CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	107
2.1. Do Planeado à Implementação	109

2.2. Plano de Ação	110
2.2.1. Divulgação e Acolhimento do Projeto “Cuidados Paliativos no Alto Minho - Uma Necessidade”	110
2.2.2. Descrição do Compromisso Assistencial e Definição da Missão, Valores e Visão da Unidade de Cuidados Paliativos	112
2.2.3. Sinalização, Ingresso e Admissão	113
2.2.4. Definição do Modelo de Cuidados para a Prestação de Cuidados Paliativos	118
2.2.5. Constituição do Processo Individual do Doente	120
2.2.6. Procedimentos de Mobilidade e Alta	122
2.2.7. Identificação dos Gestores de Caso	123
2.2.8. Monitorização da Qualidade dos Serviços Prestado	124
2.2.9. Elaboração e Implementação do Plano de Formação na Equipa Multidisciplinar	125
2.2.10. Definição dos Critérios de Qualidade para a Unidade de Cuidados Paliativos	129
2.2.11. Elaboração do Procedimento de Intervenção no Luto	132
2.2.12. Elaboração de Documentação para a Prestação de Cuidados	137
2.2.13. Definição da Estratégia de Marketing para a Unidade de Cuidados Paliativos	138
2.2.14. Elaboração do Procedimento de Prevenção do Síndrome de Burnout nos Profissionais	140
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	143
BIBLIOGRAFIA	143
ANEXOS	157
Anexo 1 - Escala de Braden	159
Anexo 2 - Escala de Morse	163
Anexo 3 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS	167
Anexo 4 - Escala de Avaliação da Dor – (escala de faces)	171
Anexo 5 - Escala de Barthel	175
Anexo 6 - Fluxograma do Processo de Sinalização	179
Anexo 7 - Fluxograma do Processo de Ingresso	183
Anexo 8 - Termo de Aceitação	187
Anexo 9 - Consentimento Informado	191
Anexo 10 - Fluxograma do Processo de Admissão	195
Anexo 11 - Grelha de Acompanhamento/Avaliação da RNCCI	199
APÊNDICES	209
Apêndice 1 - Plano Individual de Intervenção	211
Apêndice 2 - Grelha de Avaliação do Plano Individual de Intervenção	235

Apêndice 3 - Divulgação e Acolhimento do Projeto “Cuidados Paliativos no Alto Minho - Uma Necessidade”	239
Apêndice 4 - Descrição do Compromisso Assistencial e Definição da Missão, Valores e Visão da Unidade de Cuidados Paliativos	243
Apêndice 5 - Definição do Modelo de Cuidados para a Prestação de Cuidados Paliativos	247
Apêndice 6 - Elaboração do Procedimento de Intervenção no Luto	251
Apêndice 7 - Constituição do Processo Individual do Doente	255
Apêndice 8 - Ficha de Identificação do Doente	259
Apêndice 9 - Nota de Entrada Clínica	263
Apêndice 10 - Diário Clínico	267
Apêndice 11 - Plano Terapêutico	271
Apêndice 12 - Avaliação Inicial de Enfermagem	275
Apêndice 13 - Registos Enfermagem	281
Apêndice 14 - Notas de Evolução de Enfermagem	285
Apêndice 15 - Registo Tratamento de Feridas	289
Apêndice 16 - Folha de Registo de Terapêutica - “Cardex”	293
Apêndice 17 - Registo de Quedas	297
Apêndice 18 - Avaliação de Fisiatria	301
Apêndice 19 - Avaliação de Fisioterapia	305
Apêndice 20 - Registos Fisioterapia	311
Apêndice 21 - Avaliação Social	315
Apêndice 22 - Tomada de Conhecimento - Admissão	319
Apêndice 23 - Termo de Responsabilidade	323
Apêndice 24 - Registos Serviço Social	327
Apêndice 25 - Mini Mental Examination	331
Apêndice 26 - Anamnese Psicológica	337
Apêndice 27 - Registos Psicologia	343
Apêndice 28 - Avaliação Nutricional Inicial	347
Apêndice 29 - Reavaliação Nutricional	353
Apêndice 30 - Avaliação de Necessidades	359
Apêndice 31 - Planificação Semanal das Atividades	363
Apêndice 32 - Carta de Alta Multidisciplinar	367
Apêndice 33 - Validação da Alta pela ECL	373
Apêndice 34 - Declaração de Autorização para Deslocação ao Domicílio	377
Apêndice 35 - Declaração de Autorização de Saída	381
Apêndice 36 - Ensino ao Cuidador	385
Apêndice 37 - Lista de Bens do Doente	389

Apêndice 38 - Registo de Espólio	393
Apêndice 39 - Termo de Responsabilidade para Deslocação ao Domicílio	397
Apêndice 40 - Procedimentos de Mobilidade e Alta	401
Apêndice 41 - Identificação dos Gestores de Caso	405
Apêndice 42 - Listagem dos Gestores de Caso	409
Apêndice 43 - Auto Avaliação de Desempenho dos Profissionais	413
Apêndice 44 - Avaliação de Desempenho dos Profissionais	417
Apêndice 45 - Monitorização da Qualidade dos Serviços Prestado	421
Apêndice 46 - Plano de Formação	425
Apêndice 47 - Questionário de Necessidades de Formação	431
Apêndice 48 - Elaboração e Implementação do Plano de Formação na Equipa Multidisciplinar	435
Apêndice 49 - Definição dos Critérios de Qualidade para a Unidade de Cuidados Paliativos	439
Apêndice 50 - Manual de Funções	443
Apêndice 51 - Plano de Trabalho da Equipa de Enfermagem	459
Apêndice 52 - Plano de Trabalho das Auxiliares de Ação Médica	463
Apêndice 53 - Carta de Condolências	467
Apêndice 54 - Guia de Acolhimento para o Doente/Família	471
Apêndice 55 - Protocolos de Atuação	481
Apêndice 56 - Manual de Procedimentos	499
Apêndice 57 - Elaboração do Procedimento de Prevenção da Síndrome de Burnout nos Profissionais	531
Apêndice 58 - Elaboração de Documentação para a Prestação de Cuidados	535
Apêndice 59 - Regulamento Interno	539
Apêndice 60 - Manual de Acolhimento do Colaborador	553
Apêndice 61 - Definição da Estratégia de Marketing para a Unidade de Cuidados Paliativos	570

ÍNDICE DE FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1 - A escala analgésica da OMS para o controlo da dor oncológica.	43
Figura 2 - Modelo de Obstinação Terapêutica	64
Figura 3 - Modelo de Abandono	64
Figura 4 - Modelo Separado	65
Figura 5 - Modelo Integrado	65
Figura 6 - Modelo Cooperativo com intervenção nas crises	66
Figura 7 - Mapa do distrito de Viana do Castelo	80
Figura 8 - Freguesias do concelho de Viana do Castelo	97
Figura 9 - Localização do CCD	97
Figura 10 - Diagrama de Espinha de Peixe	99

TABELAS

Tabela 1 - Rácios desejados no PNCP	78
Tabela 2 - Dados populacionais do distrito de Viana do Castelo por concelho	80
Tabela 3 - Índice de Envelhecimento no distrito de Viana do Castelo	81
Tabela 4 - Índice de Dependência Total no distrito de Viana do Castelo	82
Tabela 5 - População idosa (+65 anos)	83
Tabela 6 - Percentagem de população idosa (+65 anos)	83
Tabela 7 - Óbitos por algumas causas de morte em 2001 (%)	84
Tabela 8 - Óbitos por algumas causas de morte em 2013 (%)	85
Tabela 9 - Número total de centros de saúde no distrito de Viana do Castelo	86
Tabela 10 - Número total de extensões dos centros de saúde no distrito de Viana do Castelo	87
Tabela 11 - Internamentos nos centros de saúde no distrito de Viana do Castelo	88
Tabela 12 - Hospitais no distrito de Viana do Castelo	88
Tabela 13 - Internamentos nos hospitais do distrito de Viana do Castelo	89
Tabela 14 - Pessoal ao serviço nos centros de saúde do distrito de Viana do Castelo	90
Tabela 15 - Pessoal ao serviço nos hospitais do distrito de Viana do Castelo	91
Tabela 16 - Número de respostas sociais no distrito de Viana do Castelo	93
Tabela 17 - Capacidade das respostas sociais do distrito de Viana do Castelo	94
Tabela 18 - Total de utentes que integram nas respostas sociais no distrito de Viana do Castelo	95
Tabela 19 - Tabela de preços RNCCI	96

Tabela 20 - Análise SWOT	101
Tabela 21 - Quadro de pessoal para Unidade de Cuidados Paliativos com 8 camas	105
Tabela 22 - Atividades a desenvolver no Plano de Ação	109
Tabela 23 - Critérios de Qualidade definidos pela APCP e descrição da Atividade Assistencial da UCP em relação aos mesmos	130
Tabela 24 - Plano Estratégico de Marketing da Unidade de Cuidados Paliativos	139

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população mundial por idade e sexo em 2011 e 2050	76
---	----

INTRODUÇÃO

O processo de morrer e a morte ao longo dos tempos tem sofrido mutações na forma como é experienciada. Embora a morte faça parte da existência humana, certo é que ela não faz parte do nosso conhecimento, nem conseguimos perspetivá-la.

Apesar de toda a evolução científica e tecnológica, e conforme salienta Pessini (1996, p.2), “este conhecimento não tornou a morte um evento digno. O conhecimento biológico e as destrezas tecnológicas serviram para tornar o nosso morrer mais problemático; difícil de prever, mais difícil ainda de lidar, fonte de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústias, ambivalência e incertezas”. Na verdade, no mundo ocidental moderno existe uma clara propensão para a negação da morte e conforme refere Moura (2011), vive-se mais tempo, mas o horizonte da morte tornou-se numa realidade distante, na qual raramente se pensa. Assim, esta negação social da morte remete-a para as unidades hospitalares, onde a pessoa que está a experienciar esta última etapa da vida se vê muitas vezes acompanhada de tratamentos invasivos e agressivos, privada muitas vezes da presença da família, experienciando deste modo um processo de morrer ameaçador. “O hospital é um mundo hostil, os ambientes hospitalares são desconhecidos, despersonalizados e, como tal, são percebidos como ameaçadores” (Cerqueira, 2010, p.30). Também, Almeida (2014, p.7) refere que “o hospital é uma cidade pensada para o homem doente e habitada por humanos; (...) uma cidade que se atemoriza ainda pelo morrer que a visita. Um lugar que conhece a dor, o sofrimento (...), que compreende o viver dos homens”.

Os profissionais de saúde preparados para o curar, quando se deparam com a não curabilidade, olham para o processo de morrer como algo a evitar, considerando a morte como insucesso e derrota (Combinato e Queiroz, 2011). Evidentemente que esta recusa de aceitação da morte pelos profissionais de saúde faz emergir sentimentos de frustração e de impotência, entre outros, representando um insucesso no seu cuidar, por não a terem conseguido evitar. Segundo Neto (2009) “morrer só é corolário de uma medicina que entronizou a cura e que acha que as pessoas que não se curam são insucessos, afastando-se delas”. Mas, o confronto com a morte e a impossibilidade de a vencer, conduz a um emergir de uma nova filosofia de cuidar, deixando o foco de ser a cura para passar a ser a multidimensionalidade da pessoa portadora de uma doença sem perspectiva de cura. Assim, a prática dos Cuidados Paliativos resulta do movimento “Hospice Moderno” na mão de Cicely Saunders que fundou o St. Christopher Hospice dando uma nova dimensão a estes cuidados (Twycross, 2001). Saunders foi pioneira na defesa no cuidado centrado na pessoa em fase de terminalidade e cria o conceito de Dor

Total, enfatizando o estabelecimento de objetivos no cuidado e não na cura. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os Cuidados Paliativos como uma necessidade prioritária da política de saúde.

Em Portugal a prática dos Cuidados Paliativos é recente mas estão numa evolução acelerada, conforme revela o estudo Palliative Care in the European Union (Martin-Moreno, 2008). Em 1992 criava-se, no Hospital do Fundão – Centro Hospitalar de Cova da Beira, uma unidade de dor, sendo na atualidade um Serviço de Medicina Paliativa. Referia Marques [et. al.] (2009) que a introdução dos Cuidados Paliativos em Portugal se deveu não a uma iniciativa governamental estruturada, mas sim ao interesse de alguns pioneiros pelo tratamento da dor crónica dos doentes com doença oncológica avançada e ainda pela necessidade de ser garantida a continuidade dos cuidados dos doentes, nas fases mais avançadas das doenças incuráveis e irreversíveis.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) chama a atenção para a insuficiência dos Cuidados Paliativos no nosso país, dando ênfase à dificuldade de acesso dos doentes a estes tipo de cuidados. Capelas (2009) sublinha que é fundamental existir uma estratégia pública viável, para de facto se poder concretizar na sua plenitude o principal objetivo dos Cuidados Paliativos como “um direito humano e como tal, obrigação social”. Salaria a APCP que os portugueses podem contar com 22 equipas de Cuidados Paliativos, às quais a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) adiciona mais 15 unidades.

Segundo dados do Eurostat (2013), em Portugal 30,6% da população doente auto declara-se com doença prolongada, sendo ligeiramente inferior que a média da União Europeia que representa 31,2%. Assim é necessário a garantia de acesso dos doentes a Cuidados Paliativos e para isso é fundamental que os referidos cuidados façam parte integrante dos sistemas de saúde. Menciona Cortês e Carapinheiro (2013, p.81), que

dado que o acesso à saúde é cada vez mais caro para o cidadão, mais condicionado por assimetrias geográficas na distribuição dos recursos de saúde e mais fragilizado pelas várias modalidades de privatização dos serviços de saúde, que operam ora de maneira autónoma ora sobreposta aos serviços públicos, quando o Estado delega, quando o Estado se faz substituir e quando o Estado pura e simplesmente se demite.

Partindo de todos estes pressupostos, e após a realização de um estágio de natureza académica integrado no 1º ano do curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), sensibilizaram-nos para a necessidade de apostar na

criação de uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) em Viana do Castelo. No distrito, conforme os números cedidos pela base de dados da EIHSCP da ULSAM, de janeiro de 2015 até dezembro de 2015 existiram 324 doentes referenciados para a EIHSCP e desses, 20 foram propostos para UCP, no entanto 9 faleceram antes de terem vaga. Segundo os profissionais de saúde da EIHSCP existe efetivamente um número considerável de doentes a necessitar de Cuidados Paliativos, no entanto, o acesso a eles é difícil, quer pelo número de vagas existentes nas UCP's quer pela sua distância à área de residência que é bastante considerável e por si só motivo para o seu não encaminhamento, principalmente pela impossibilidade dos seus familiares os acompanharem nestes últimos e penosos dias de vida. De referir que só nos estamos a reportar aos doentes encaminhados pela EIHSCP e como tal, que se encontram internados na ULSAM, não considerando neste caso em particular todos os doentes que não são sequer referenciados pela falta de conhecimento por se encontrarem em regime domiciliário. Deste modo, a existência deste tipo de unidades é de extrema importância nos dias de hoje devido à taxa de envelhecimento cada vez maior na sociedade atual, ao aumento do número e tipo de doenças crónicas, evolutivas e terminais que exigem abordagens multidimensionais que deem respostas às necessidades reais e efetivas, e que considerem o doente e família como uma unidade de cuidados. Salienta-se que as UCP's que existem atualmente se encontram distantes da cidade de Viana do Castelo, bem como das vilas e aldeias do concelho e do distrito. As UCP's mais próximas encontram-se localizadas a sul (40Km) na cidade da Póvoa de Varzim (We Care) e a sudeste (55Km) na cidade de Braga (Pevorello).

Desta forma, pensamos ser urgente e necessária a criação de uma UCP em Viana do Castelo para dar resposta aos doentes com doença crónica, evolutiva e terminal da região do Alto Minho. Assim, por todas as razões evocadas, pela nossa experiência profissional numa Instituição que já possui uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção (UCCILDM) e uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação (UCCIMDR) com pessoal técnico perfeitamente integrado e sensível para um cuidar paliativo, bem como, uma Direção aberta e preocupada com as causas sociais e de saúde, optamos pela realização de um Trabalho de Projeto em que mobilizámos a metodologia de Projeto, com o intuito de contribuir para o desenvolvimento da prestação de Cuidados Paliativos favorecendo a eficácia dos cuidados prestados. Para Guerra (2000, p.126), “um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder” e esta metodologia caracterizada por envolver a teoria com a prática, apresenta várias etapas, tais como:

identificação dos problemas e diagnóstico da situação, definição dos objetivos, seleção das estratégias, programação das atividades, avaliação do trabalho e divulgação dos resultados.

O presente Trabalho de Projeto encontra-se estruturado da seguinte forma:

- No capítulo I desenvolve-se a construção do objeto de investigação e o seu enquadramento;
- No capítulo II focamos a nossa atenção para a planificação, execução e avaliação do projeto de intervenção no âmbito dos Cuidados Paliativos. Ainda neste capítulo expomos as atividades desenvolvidas.

Finalizamos o presente Trabalho de Projeto com a perspetiva de novos caminhos de intervenção.

CAPITULO 1

OS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA NECESSIDADE EMERGENTE

1. O SURGIR E A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS AO LONGO DOS TEMPOS

A origem dos Cuidados Paliativos será tão antiga quanto a origem da humanidade. De acordo com Santos (2000), desde que o homem surge, este é acompanhado por doenças e concomitantemente por sofrimento. Possivelmente este sofrimento é experienciado pelo facto do doente não receber os cuidados multidimensionais adequados à sua situação. Assim, todas as interrogações que se vão colocando quando nos deparamos com a incurabilidade da doença, leva-nos a olhar para os Cuidados Paliativos como uma resposta adequada às necessidades da pessoa doente que experiencia a última etapa da vida. Salienta-se que a palavra “paliativo” é de origem latina (*pallium*) que significa manto, com o simbolismo de cobrir e acalmar temporariamente algo que desconforta.

Ressalta-se ainda, que os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada às necessidades daqueles que vivem em situação de intenso sofrimento decorrente de uma doença incurável e progressiva (Twycross, 2001). Contudo, a conceção curativa e a paliativa não são mutuamente exclusivas, devendo ser complementares na assistência à pessoa, ao longo de todo o processo de doença e não apenas na fase final (Sapeta, 2011). Assim, para uma melhor compreensão da evolução do conceito de Cuidados Paliativos, passamos a realizar uma breve caminhada pela sua história.

No século XVI os Beneditinos cuidavam dos monges e peregrinos exaustos, estendendo esta assistência de forma gradual aos doentes.

Nos “Hospices” as pessoas incuráveis recebiam cuidados direccionados à satisfação das necessidades humanas básicas, nomeadamente: alimentação, conforto e satisfação das necessidades espirituais. Estes “Hospices” na Idade Média estenderam-se à Europa.

Em 1842 (metade do século XIX) Jeanne Garnier abriu o 1º Hospice para doentes terminais, motivado pelas visitas a doentes oncológicos que morriam em sua casa (Pessini, 2001).

Em 1893 Barret (médico) funda o Hospital Saint Luke’s na Inglaterra com o propósito de receber moribundos pobres (Twycross, 2001).

Com a evolução da medicina tecnológica, os hospitais passam a ser locais de cura, renegando para segundo plano as necessidades não biológicas. Deste modo, recusa-se a morte, e procura-se a todo custo responder à dimensão biológica. Assim, na década de 60 no Reino Unido como referimos anteriormente, dá-se início ao desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, designado por “Hospice Moderno”. Conforme já mencionado acima, Cicely Saunders fundou a famosa Instituição, o St Christopher’s Hospice, e defende um

cuidado holístico com uma abordagem interdisciplinar para que o sofrimento seja minimizado na última etapa da vida.

Em 1969 Elisabeth Kubler Ross (médica psiquiatra) escreve um livro sobre o tema “sobre a morte e o morrer”, resultado do seu acompanhamento a doentes terminais, tendo verificado que os doentes passavam por fases como a raiva, barganha, depressão e aceitação o que conduziu a uma série de discussões sobre a morte e o morrer (Martins Fontes, 1996).

Em 1975, era introduzido o termo “Palliative Care” por Balfour Mout, distanciando-se do termo “Hospice”. Mais tarde em 1977 surge a expressão “Medicina Paliativa” introduzida por Derek Doyle.

Em 1987 no Reino Unido surge como uma especialidade da medicina. Verifica-se uma evolução no conceito, tido inicialmente como os cuidados prestados aos moribundos, posteriormente aos cuidados tipo “Hospício”, e depois aos doentes vítimas de cancro.

Em 1999 é publicado pela OMS um guia para profissionais de saúde com as intervenções para o alívio dos sintomas em fase terminal. Em 2002, a mesma Organização define os Cuidados Paliativos como uma

abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Em Portugal, no ano 1995 é fundada a atual APCP, com a designação de Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Em Março de 2001 foi aprovado por Despacho Ministerial pela Direção-Geral da Saúde (DGS) o Plano Nacional de Luta contra a Dor, vocacionado para o tratamento da dor física. Em Junho de 2003, foi emitida uma Circular Normativa (nº9) pela DGS que estabelece a “Dor como o 5º sinal vital”.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004 - 2010 reconheceu os Cuidados Paliativos como uma área prioritária. O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), ratificado em 2010 enfatiza objetivos como: a existência de uma EIHS CP em cada hospital com mais de 250 camas (a evoluir, no futuro, para a existência em todos os hospitais do país); de uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) para uma área populacional de 140.000 a 200.000 e de rácios entre 80-100 camas por milhão de

habitantes (50% na RNCCI, 30% em ambiente hospitalar fora da RNCCI e 20% em outras unidades da RNCCI que não as de Cuidados Paliativos).

A 6 de Junho de 2006 através do Decreto-Lei n.º 101/2006 é criada a RNCCI no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que oferece respostas de forma a

desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

No seu art. nº 2 refere que

a Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

Esta prática requer uma equipe de trabalho multidisciplinar com uma organização própria e com pessoal especializado.

A 16 de julho de 2012, foi publicada a Lei nº 25/2012 que “regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital”.

A 5 de setembro de 2012 foi decretada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), que “consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos” e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) sob a tutela do Ministério da Saúde.

Em síntese o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos que tem ocorrido estão na origem em diversas mudanças na forma de cuidar, mas a resposta destes cuidados às necessidades da pessoa a experienciar a última etapa da vida, ainda se encontra muito longe do desejável.

1.1. Conceitos, Princípios e Filosofias dos Cuidados Paliativos

Vários são os autores que definem Cuidados Paliativos, no entanto todos defendem um cuidado que valorize a dimensão humana. Salienta-se que a primeira definição de

Cuidados Paliativos surge pela OMS divulgada em 1990, definindo como cuidados ativos e totais prestados aos doentes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridade e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para doentes e familiares. Em 2000, a mesma Organização (OMS) modificou este conceito, dando um enfoque à prevenção do sofrimento. Definiu-os como uma abordagem que aperfeiçoa a qualidade de vida dos doentes e famílias, que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da doença e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Refere Twycross (2001) que Cuidados Paliativos são a atenção total aos doentes e suas famílias, por uma equipa multidisciplinar, quando a doença não responde mais ao tratamento curativo e a expectativa de vida é relativamente curta.

Mccoughlan (2006, p. 171) considera três elementos fundamentais na definição de Cuidados Paliativos:

- **A compaixão** – afirmando que sem compaixão, “simplesmente passamos pelas emoções”;
- **A humildade** – “precisamos ter a sabedoria e a capacidade de admitir (...) que não se tem todas as respostas certas, uma vez que se está num contínuo aprendizado”;
- **A honestidade** – é fundamental “ seremos capazes de utilizar habilidades de comunicação para, serenamente, sentar e conversar com o doente “.

Na verdade prestar Cuidados Paliativos apela a que os cuidados sejam ativos, coordenados e globais e que incluam o apoio à família. Estes cuidados devem ser prestados por equipas de saúde com formação em Cuidados Paliativos em unidades de internamento ou no domicílio, segundo os níveis de diferenciação. Contudo, o controlo sintomático, a comunicação, o trabalho em equipa e em parceria, o apoio no luto e o acompanhamento da família são dimensões relevantes em Cuidados Paliativos tal como salienta Twycross (2001).

A ANCP (2006) defendia que prestar Cuidados Paliativos exige:

- Promover o alívio da dor e outros sintomas de desconforto;
- Afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural;
- Não ter por intenção nem prolongar nem evitar a morte;
- Integrar nos cuidados com o doente as dimensões psicológicas e espiritual;

- Proporcionar suporte à família ajudando-a a lidar com o doente e com o processo de luto;
- Utilizar uma estratégia de trabalho em equipa de forma a ocorrer às necessidades do doente e das famílias incluindo o aconselhamento sobre o luto, quando necessário;
- Aumentar a qualidade de vida influenciando positivamente a evolução da doença;
- Aplicar todos estes princípios no início da doença, em associação com outros tratamentos instituídos com a intenção de prolongar a vida, incluindo investigações que se mostrem necessárias para melhor compreender e lidar com as manifestações/ complicações clínicas que gerem desconforto.

Os Cuidados Paliativos são ainda designados como “Cuidados de Acompanhamento” na medida em que, e parafraseando Hesbeen (2000, p.88), “destaca uma atenção dedicada e adequada que se inscreve na perspetiva de prestar ajuda (...) de caminhar com outra pessoa para a ajudar a alcançar mais saúde, bem-estar, autonomia, harmonia, satisfação ou mesmo paz”.

Segundo a DGS (2005) a prática dos Cuidados Paliativos assenta em princípios que vão de encontro ao defendido pela LBCP, no entanto, realça-se o facto que a DGS dá um enfoque de forma muito objetiva ao facto de se encarar a doença como causa de sofrimento a minorar; considerar que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas; repudia a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica; aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente e defende a interdisciplinaridade.

É de salientar que o recurso aos Cuidados Paliativos deve iniciar o mais precoce possível, de forma que o doente e família usufruam de uma gama completa de cuidados para que a sua dignidade seja preservada. Hoje em dia já se aceita que estes cuidados não devem ser só acionados na fase terminal da vida, salienta a APCP (2006) que não são só os doentes incuráveis e avançados que poderão receber estes cuidados. A existência de uma doença grave e debilitante, ainda que curável, pode determinar elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado e dessa forma justificar a intervenção em Cuidados Paliativos, aqui numa perspetiva de suporte e não de fim de vida.

O PNCP (2010) salienta que a prática dos Cuidados Paliativos deve respeitar o direito do doente a auferir cuidados, à sua liberdade, identidade e dignidade, ao apoio

individualizado, ao alívio do sofrimento, à informação correta e atempada e à recusa dos tratamentos.

Em Portugal a RNCP (Lei n.º 52/2012, p.5119) define Cuidados Paliativos como:

cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (...) e regem-se pelos seguintes princípios: a) afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; b) aumento da qualidade de vida do doente e sua família; c) prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de Cuidados Paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; e) conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; f) consideração pelas necessidades individuais dos doentes; g) respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; h) continuidade de cuidados ao longo da doença.

Contudo, o cuidar faz parte da existência humana, desde que existe vida, existe cuidados. Aliviar o sofrimento é sempre um dos objetivos presentes em quem cuida e é cuidado. Assim a **Ação Paliativa**, definida como uma medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar o sofrimento da pessoa, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença progressiva, avançada e incurável, em situação de internamento ou no domicílio. Este tipo de ação faz parte integrante da prática profissional dos profissionais de saúde, qualquer que seja a doença ou o seu estadió.

Em síntese são várias as definições apontadas, mas todas elas convergem na defesa de um cuidar humano, no sentido em que se defende intervenções multidimensionais.

1.2. Conceito de Pessoa em Fim de Vida; Pessoa em Estado Terminal; Pessoa em Estado Agónico; Pessoa em Sofrimento

Falar de fim de vida, terminalidade, agonia e sofrimento remete-nos para a ideia de morte que conforme menciona Edgar Morin (1988, p. 62), “esta consciência da inevitabilidade da morte distingue o ser humano do animal. Este presente a morte, mas apenas quando

ela o ameaça na sua presença imediata. O animal ignora a morte, mas conhece uma morte como morte – agressão, morte – perigo, morte – inimiga”.

Deste modo parece ser importante estabelecer o conceito de pessoa em fim de vida, pessoa em estado terminal, pessoa em estado agónico e pessoa em sofrimento.

- **Pessoa em Fim de Vida**

Não é fácil nem consensual definir o que é a pessoa em fim de vida, por isso são várias as definições. Contudo, “fim de vida” está normalmente relacionada com uma situação de doença crónica e/ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, prenúncio da proximidade de morte.

Para Báron e Feliu, cit. por Frias (2001), os critérios que definem a pessoa em fim de vida são: doença de causa evolutiva; estado geral grave; perspectiva de vida não superior a dois meses; insuficiência de órgãos; ineficácia dos tratamentos comprovada; ausência de tratamentos alternativos para cura ou sobrevivência; complicações finais irreversíveis.

Segundo Neto, cit. por Casmarrinha (2008), existem características comuns nas pessoas em fim de vida, como: deterioração progressiva e evidente do estado físico, com diminuição do nível de consciência associado; dificuldade progressiva na deglutição, dando origem a debilidade crescente; falência multiorgânica; sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia de base, relevando-se alterações respiratórias e alteração da consciência; sintomas psico-emocionais; evidência e perceção emocional da realidade de situação terminal, ainda que não verbalizada.

Podemos, então, afirmar que pessoa em fim de vida é aquela que se encontra com uma doença avançada, progressiva e incurável, e com uma esperança de vida relativamente curta. Importa ainda referir, que os doentes com necessidades paliativas são todos aqueles que possuem uma doença crónica que não responde à terapêutica com um fim curativo e que têm um prognóstico de vida limitado (PNCP, 2010).

Atendendo a estes conceitos, cuidar da pessoa que se encontra em fim de vida requer intervenções que devem ir ao encontro das necessidades multidimensionais do doente e família. Assim, é necessário que cada profissional de saúde interiorize que o objetivo do seu plano terapêutico deve assentar não na cura mas na resposta às necessidades que todas as pessoas apresentam quando enfrentam a não perspectiva de cura.

Toda a pessoa em fim de vida tem necessidades muito especiais, que não se centram na cura mas no direito a uma morte digna. Assim, e de acordo com o Código Deontológico

do Enfermeiro (2005) no seu artigo 84º, o enfermeiro “assume o dever de: a) atender o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; (...) c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem”.

Em suma, a pessoa em fim de vida, necessita que todo o profissional de saúde compreenda o significado de fim de vida, de forma a delinear planos terapêuticos ajustados às necessidades efetivas.

- **Pessoa em Estado Terminal**

Falar de pessoa em estado terminal, impele-nos a considerar “pessoa” como alguém que transcende a sua condição de indivíduo da espécie humana, e deste modo é um ser único, inédito e irrepetível. De acordo com Osswald (1999, p.38) o conceito de estado terminal difere do conceito de fim de vida, sendo entendido como “um padecimento que conduz inexoravelmente à morte ou desliza para a senescência avançada com progressiva perda de forças e capacidades. Teremos então um período que já não é de breves momentos ou horas (a agonia) mas bem mais alargado, ocupando semanas ou meses, quiçá mais de um ano”.

Gómez-Batiste (2005) descreveu como estado terminal aquele que inclui os seguintes elementos: a) doença avançada, incurável e em fase de progressão rápida, claramente diferenciada de uma situação de cronicidade relativamente estável; b) ausência razoável de resposta aos tratamentos específicos conhecidos; c) prognóstico de vida inferior a 6 meses; d) impacto emocional intenso sobre o doente, os seus familiares e sobre a equipa de apoio, de forma explícita ou implícita, pela presença da morte e modulado pelo sofrimento físico, isolamento e solidão.

Na opinião de França (2000, p.1), a definição de doente terminal não tem sido fácil, sendo um conceito impreciso, considerando que é “aquele que na evolução da sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições de cura (...), necessitando apenas de cuidados que facultem o máximo de conforto e bem-estar”.

Segundo Pacheco (2014, p.54), pessoa em fase terminal é geralmente “aplicada a todas as pessoas com uma doença crónica e/ou incurável e que se encontram numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte”.

Alvarenga (2008), refere que a pessoa portadora de doença terminal tem um diagnóstico confirmado de doença avançada, progressiva e incurável, sem resposta a tratamento,

com presença de diversos sintomas multifatoriais e intensos, que provocam um grande impacto na vida da pessoa e sua família, associado a um prognóstico de vida curto.

Sapeta (2011) menciona ser uma situação particular de saúde, de grande inconstância como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de aludir ao seu fim.

Fica assim evidente a complexidade que a palavra “terminalidade” reúne, na medida em que o processo de morrer deve ser focado como único, singular, subjetivo e humano. Parece-nos ainda importante salientar, que esta palavra pode ser polémica no sentido de poder conduzir a um “abandono” de medidas terapêuticas por não existir mais a possibilidade de cura. Facto, é que o doente a experienciar a terminalidade da vida necessita de intervenções que visem o conforto físico, emocional e espiritual.

- **Pessoa em Estado Agónico**

A agonia corresponde ao período em que se torna mais evidente o declínio das funções vitais, que se vão instalando de forma progressiva culminando com a morte que por norma se verifica num curto período de espaço de tempo determinada com base na sintomatologia e evidência clínica (Olarte & Guillén, 2001).

Identificar que o doente se encontra em estado agónico nem sempre é fácil, Bailey [et. al.] (2005) dão ênfase a determinados indicadores preditivos, tais como: otimização da terapêutica curativa específica; deterioração geral sem causa reversível identificada; declínio da função renal; ausência de melhoria em 2 a 3 dias de admissão; tempo de internamento superior a 7 dias; pré-existência de testamento vital com ordem de não-reanimação.

Gomes A. (2010) enfatiza a existência de um agravamento de novo, súbito ou progressivo, sem causa reversível identificável.

Segundo Ellershaw & Ward (2003) que para que se possa definir um critério de morte eminente tem que se verificar pelo menos 2 dos seguintes estados: doente acamado, agravamento da astenia; doente semi-comatoso, diminuição do estado de consciência; ingestão mínima de fluidos; incapacidade para a administração de fármacos por via oral.

O período de tempo para que se considere doente agónico pode variar mediante os autores. Para Gomes A. [et. al.], cit. por Paiva (2012), corresponde frequentemente aos últimos 3 a 5 dias de vida, desde que evidentes sinais ou sintomas do processo de morrer. Este período de tempo pode ainda variar de acordo com a idade, tornando este

período mais demorado para os doentes mais jovens com perfil de lutador ou naqueles com problemas não resolvidos.

Nesta fase e nas últimas 48 a 72 horas vida, apesar das diferentes conclusões de vários estudos, podemos observar que na sua generalidade existe descontrolo sintomático tais como:

- Dor moderada a severa;
- Estridor;
- Sintomas neuropsicológicos;
- Fadiga e o cansaço fácil;
- Dificuldade respiratória.

Podemos ainda observar, embora com menor frequência, a incontinência urinária e/ou fecal, a retenção urinária, náuseas e vômitos, febre, hipersudorese, hemorragias e mioclonias ou convulsões.

O mais sugestivo de que o doente está em agonia, é o facto destes sintomas se tornarem evidentes ao mesmo tempo segundo nos afirma Ellershaw e Ward (2003). A ausência de um controlo adequado da sintomatologia durante o desenvolvimento da doença, poderá ter um efeito adverso na sua evolução bem como já referimos, produzir sofrimento.

Esta fase da vida é muito complicada e com um significado muito especial quer para o doente quer para a família. O sentimento de morte é forte e muito presente e como tal desperta vários tipos de sentimentos, tais como o medo, a revolta e as incertezas.

Existe uma ambivalência quase sempre presente, entre a vontade que se mantenha vivo para não o perder, mas também a consciência que dessa forma o sofrimento terminaria.

• **Pessoa em Sofrimento**

Conceptualizar sofrimento é complexo, na medida em que é inerente à condição humana. Conforme refere Cerqueira (2015, p.37), “sofrer é um fenómeno complexo pelo que não há uma resposta transparente para o seu sentido”.

O sofrimento é inerente à condição humana mas poderá ser minimizado através de algumas ações, muitas delas simples de executar. Não pode ser reduzido a uma dor, no entanto a dor pode ser causa de sofrimento.

Ajudar uma pessoa que está a sofrer, refere Gameiro (2003, p.23) a este propósito que a “ajuda à pessoa em sofrimento tem que partir de uma melhor compreensão do outro e deve constituir um processo facilitador da integração dessa experiência crítica, atribuindo-

lhe significações adequadas às suas competências cognitivas e aos seus pressupostos filosóficos e religiosos, de modo a evitar a percepção de perda de controlo e a facilitar a descoberta de algum sentido positivo para a própria experiência do sofrimento”.

Béfécadu, cit. por Gameiro (2003, p.37) indica a existência de quatro tipos de sofrimento: **sofrimento do corpo** (fonte física) - o corpo afetado pela doença, dor, privação, fraqueza ou incapacidade, torna-se um obstáculo para a realização de projetos de vida, surgindo assim um conflito entre o que somos e o pretendíamos ser, gerando sofrimento pois é “através dele que se marcam os horizontes da nossa ação, é através do corpo que nos fazemos presentes”; **sofrimento nas relações interpessoais** (fonte sócio cultural) - o ser humano vive em sociedade e como tal constrói relações interpessoais, adquirindo os papéis sociais e estatutos sociais. Quando os estes estão sob ameaça gera na pessoa sentimentos de sofrimento; **sofrimento na vontade** (fonte existencial - espiritual) – quando as pessoas traçam objetivos de vida e não os conseguem concretizar surge o vazio e por conseguinte sofrimento pois este está “associado com o poder da pessoa dar sentido à sua vida, construir a unidade da sua história, criar e governar os seus empreendimentos, assim como se orientar por regras morais”; **sofrimento no sentimento da unidade e de coerência do “eu”** – a vivência do sofrimento psicológico é caracterizado pelos sentimentos relacionados com a perda ou ameaça da unidade pessoal e pelos esforços para encontrara sentido e manter o controlo da situação.

O sofrimento desafia a pessoa, na medida é uma experiência pessoal, isto é, só aquele que sofre é que toma conhecimento da sua presença e das suas características (Ferrell e Coyle, 2008). A nossa integridade como pessoa não se restringe à dimensão física mas sim, à totalidade do conjunto das nossas relações com o nosso “eu” e com os outros (Cassell, 1991).

Como parte da condição humana, é olhado como “um estado de desconforto intenso ou acumular de sentimentos de desprazer, como vivência de um mal-estar intenso causado por uma ameaça atual, ou percebida como iminente, para a integridade ou continuidade da existência da pessoa, considerada como um todo biopsicossocial e espiritual” (Barbosa, 2006, p.400). Enfatiza ainda, que sofrimento é vivenciado de acordo com valores, costumes, crenças e personalidade de cada um, em conjunto com uma multiplicidade de fatores que caracterizam a singularidade de cada indivíduo.

Ferrell e Coyle (2008) questionando-se sobre a natureza do sofrimento das pessoas e das suas famílias e quais os objetivos dos enfermeiros perante os doentes em sofrimento, expuseram um conjunto de princípios: o sofrimento provoca perda de controlo e isso conduz a uma sensação de vulnerabilidade e insegurança; o sofrimento pode-se

constituir como uma tomada de consciência da própria mortalidade; ao sofrimento é frequente associar-se a angústia espiritual.

Assim, quando estamos perante o sofrimento da pessoa as abordagens dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros, devem assentar num modelo holístico centrado em cada pessoa.

1.3. Áreas de Atuação dos Cuidados Paliativos

Prestar Cuidados Paliativos, exige independentemente do modelo de prestação de serviços: reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, qualquer que seja sua causa e natureza; reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente; reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial; comunicação sensível e empática entre profissionais, pacientes, parentes e colegas; respeito à verdade e honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais; atuação sempre em equipa multiprofissional, em caráter interdisciplinar (ANCP, 2012, p.95).

Conforme se tem vindo a referir os Cuidados Paliativos são um direito humano (Capelas e Neto, 2006). Também o Conselho da Europa recomenda desta forma três princípios fundamentais:

- Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;
- Proteger a autodeterminação dos doentes incuráveis e na fase final de vida;
- Manter a interdição de intencionalmente se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida (MS. DGS. Conselho Nacional de Oncologia, 2004).

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, descreve que o efeito cumulativo verificado pela diminuição da mortalidade e da natalidade no nosso país tem-se traduzido num progressivo envelhecimento da população, verificando-se carências ao nível dos cuidados de saúde prestados no âmbito da longa duração e dos paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas portadores de doenças crónicas incapacitantes. Reforça ainda que se está a constatar o aparecimento de novas necessidades de saúde e sociais, que requerem novas respostas e diversificadas de forma a satisfazerem “o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”.

A 15 de Junho de 2004 é aprovado o PNCP integrado no PNS 2004 – 2010, apresentado pela Circular Normativa nº 14 da DGS, de 13 de Julho de 2004.

No PNCP (2010) está explícito que maioria dos doentes crónicos que se encontrem em fase evolutiva da doença pode e deve ser seguido pelas equipas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), na comunidade mas requerem mecanismos flexíveis de acesso à intervenção das equipas específicas de Cuidados Paliativos, estatisticamente 60-70% nos casos de patologia neoplásica, e 30-60% nos restantes. Por este motivo, deve ser dada a máxima atenção, ao nível dos Cuidados Paliativos, à formação, supervisão e suporte bem como ao papel das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), na prestação de Cuidados Paliativos.

Estudos realizados estimam que “37,5% dos doentes com necessidades em Cuidados Paliativos sofrem de situações intermédias ou complexas que podem requerer a intervenção de equipas específicas de Cuidados Paliativos e os restantes 62,5% sofrem de situações passíveis de ser resolvidas ao nível dos CSP” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), 2010, p.27).

A ANCP (2006) salienta que a resposta às necessidades da pessoa com doença crónica, progressiva e terminal passa pela criação de uma rede alargada e integrada de serviços que abrange unidades hospitalares, domicílio e unidades de longa duração.

Salienta-se que os Cuidados Paliativos não se referem somente a cuidados institucionais, constituindo-se como uma filosofia de cuidados que devem fazer parte dos cuidados de saúde (Pessini e Barchifontaine, 2008). Em Portugal a prestação destes cuidados é feita pelos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), podendo ser igualmente assegurados por entidades do setor social ou privado, quando não assegurada resposta pública, de acordo com o estabelecido na LBCP. Estes cuidados de saúde podem ser prestados em regime de internamento, de ambulatório ou domiciliário.

1.3.1. Níveis de Diferenciação em Cuidados Paliativos

No contexto europeu, são diversos os modelos de organização de Cuidados Paliativos, os quais dependem dos contextos específicos, recursos existentes e dos respetivos sistemas nacionais de saúde. No entanto, importa salientar que apenas 35 países possuem Cuidados Paliativos bem estruturados. De acordo com um estudo de 2006, realizado pelo International Observatory on End of Life Care da Universidade de Lencaster (Reino Unido), intitulado “Mapping Levels of Palliative Care Development: a Global View”, classifica os serviços de Cuidados Paliativos, em 234 países da ONU, em

quatro níveis distintos de acordo com a sua complexidade. O estudo anteriormente referido estratifica os serviços de Cuidados Paliativos de acordo com a complexidade dos cuidados prestados, estando em conformidade com os níveis de diferenciação de Cuidados Paliativos preconizados pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (AECP). Assim, os cuidados prestados diferenciam-se entre si de acordo com a complexidade, especialização e formação dos profissionais que os prestam.

A European Association for Palliative Care (EAPC) (2014) assume a existência de um nível básico, correspondente ao nível 0, onde se encerram todas as ações paliativas (Palliative Care Approach), com baixa complexidade e especificidade.

Quando falamos de Cuidados Paliativos falamos de um nível de cuidados altamente diferenciado, enquadrado no seio de uma equipa multidisciplinar, com formação específica e preparada para responder com efetividade a um conjunto de situações clínicas complexas.

Desta forma, não poderemos falar em níveis de diferenciação de Cuidados Paliativos na ausência de qualquer uma das condições referidas anteriormente. É de ressaltar portanto que estaremos sempre no domínio das ações paliativas na ausência de uma equipa de Cuidados Paliativos e de formação específica dos profissionais. De acordo com a EAPC (2014), os Cuidados Paliativos estratificam-se em três níveis de acordo com a sua complexidade: nível I (General Palliative Care), nível II (Specialist Palliative Care) e nível III (Centres of excellence).

De acordo com PNCP (2004) estes níveis de diferenciação têm estruturas organizacionais que variam de acordo com a sua crescente complexificação. Assim as unidades podem prestar cuidados a nível domiciliário ou em regime de internamento. São definidos vários níveis de diferenciação:

Ação Paliativa - representa o básico da palição e corresponde à prestação de atos paliativos sem recorrer a equipas ou estruturas diferenciadas;

Cuidados Paliativos de Nível I - são definidos como os cuidados prestados por equipas com formação diferenciada em Cuidados Paliativos, em regime de internamento e ou em regime domiciliário, ou simplesmente limitados à função de aconselhamento diferenciado;

Cuidados Paliativos de Nível II - são definidos como os Cuidados Paliativos prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os cuidados e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas. Estas são multidisciplinares, com formação diferenciada em Cuidados Paliativos e

que, para além de médicos e enfermeiros, também incluem técnicos nas áreas sociais, psicológica e espiritual;

Cuidados Paliativos de Nível III - agrupam o definido para o nível II e desenvolvem programas organizados e regulares de formação especializada em Cuidados Paliativos. Desenvolvem atividade de investigação na área e têm equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de Cuidados Paliativos, assumindo-se como unidades de referência.

No que se refere à tipologia de doentes, ultrapassado está o tempo em que os Cuidados Paliativos eram encarados como cuidados exclusivos dos doentes em fase terminal, com perspetiva de vida a muito curto prazo. De facto, o conceito de doente em palição tem sofrido acentuadas alterações no sentido de uma maior abrangência como se pode verificar no atual PNCP de 2010. Abandona-se, finalmente o conceito de doença terminal, centrada nas últimas semanas para adoção do conceito de doença avançada progressiva que pode durar meses ou anos. Definir a tipologia de doente em Cuidados Paliativos torna-se por vezes uma tarefa difícil, uma vez que não se tratam só de doentes incuráveis e avançados que podem usufruir destes cuidados.

O PNCP (2010) afirma que os Cuidados Paliativos não são determinados pelo diagnóstico, mas pela situação e necessidades do doente em elevado sofrimento, tornando-se consensual a extensão destes cuidados a doentes de foro oncológico e não-oncológico. Também o PNS (2012-2016) enfatiza a necessidade de se “morrer com dignidade” ao longo do ciclo vital.

Existem doentes com diferentes necessidades de cuidados, seja pelas questões clínicas, seja pelas questões espirituais e sócio-familiares envolventes. Têm sido feitas tentativas para descrever os níveis de complexidade dos doentes em Cuidados Paliativos, no sentido de um melhor planeamento e alocação de recursos.

De acordo com a Australian National Sub-acute and Non-acute Paciente Classification (1997), descrevem-se quatro fases paliativas, em função do estadio da doença, correspondendo cada uma a diferentes níveis de complexidade. Considera-se assim o doente em fase:

Estável - pessoa portadora de doença incurável, mas sem problemas de maior a exigir uma intervenção complexa e imediata;

Aguda - refere-se um momento de crise, com exacerbação de problemas novos ou prévios passíveis de recuperação;

De Deterioração - fase em que ocorre um desenvolvimento gradual do problema, sem necessitar alterar significativamente os cuidados;

Terminal – corresponde à fase em que a morte está iminente, numa previsão de horas ou dias (agonia), e não se preveem intervenções agudas.

Como já anteriormente referido, os Cuidados Paliativos devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes, com critérios de palição, e não no diagnóstico a eles associado. Este conjunto de cuidados terão lugar em diferentes estruturas que podem ir do internamento em unidades hospitalares ao apoio domiciliário. Estas estruturas apresentam diferenças organizacionais que devem ser ajustadas ao tipo de doentes a que prestam cuidados. Surgem neste contexto diferentes tipos organizacionais de serviços, com vista a uma maior adequação de cuidados face à diferente complexidade de doentes a que usufruem desses mesmos cuidados. Só assim, se poderão agilizar recursos e rentabilizá-los.

Como refere Gomez-Batiste, cit. por Neto (2006), um dos maiores especialistas em organização de serviços em Cuidados Paliativos, apesar das diferentes características de um país ou região, é possível prever que uma resposta efetiva às necessidades paliativas que se revelam nos nossos dias, passa pela criação de uma rede alargada e integrada de serviços, que abranja desde o domicílio, aos cuidados em unidades de internamento específicas e em hospitais de agudos.

Desta forma, Portugal apresenta um modelo organizativo que compreende a combinação de medidas gerais realizadas em serviços convencionais com a atividade de serviços específicos, que devem intervir nas necessidades e complexidade e não no prognóstico da situação. Esta intervenção deve ser preventiva, flexível e partilhada pelas equipas e serviços. Uma organização integrada de Cuidados Paliativos inclui hospitais, RNCCI e cuidados primários, de forma flexível, adaptando-se às características locais e regionais e admitindo-se que as áreas urbanas, com população concentrada, difiram das do interior, com população dispersa, no que respeita à organização e ao fornecimento de recursos (PNCP, 2010).

Assim os serviços de Cuidados Paliativos agrupam-se de acordo com diferentes tipologias, nomeadamente:

- ECSCP;
- EIHSCP;
- UCP (integrados em hospitais de agudos; específicas da RNCCI; unidades não específicas em Cuidados Paliativos da RNCCI)

A APCP (2006) enunciou uma série de recomendações para a organização de equipas de Cuidados Paliativos, bem como critérios de qualidade que devem ser cumpridos. Neste sentido, para que uma equipa de Cuidados Paliativos seja reconhecida como tal por esta associação, é necessário que pelo menos o líder de cada grupo profissional (no mínimo, o médico e o enfermeiro) tenha formação especializada ou avançada em Cuidados Paliativos, com estágios práticos, que os elementos que não são líderes tenham formação intermédia (embora nas fases iniciais de criação das equipas seja aceite o nível de formação básica) e, por último, que a equipa disponha de fármacos segundo listagem da International Association for Hospice & Palliative Care. A par destes critérios, é fundamental que cada equipa constituída cumpra critérios de qualidade, os quais estão enunciados a partir de dimensões distintas, embora complementares, nomeadamente: critérios de qualidade relativos aos cuidados aos doentes e famílias (avaliação de necessidades, estabelecimento de objetivos terapêuticos, cuidados propriamente ditos ao doente e família e educação ao doente e família), critérios relativos ao trabalho em equipa interdisciplinar (estabelecimento de sistemas de trabalho em equipa com reuniões periódicas e sistemáticas, profissionalismo, flexibilidade e adaptabilidade, definição de protocolos de atuação, cuidados de suporte à equipa, formação e investigação, coordenação e articulação eficaz com outras equipas) e critérios de melhoria contínua da qualidade (sistemas de informação, documentação e monitorização dos cuidados, sistemas de melhoria da qualidade). Na verdade, são estes critérios que vão assegurar a propriedade e particularidade dos cuidados prestados e, desse modo, certificar que as pessoas a quem estes cuidados se dirigem sejam acompanhadas com rigor e saber, tal como lhes é devido por direito humano.

Não obstante, e embora haja efetivamente recomendações para a organização de equipas de Cuidados Paliativos, na verdade, o modo como as equipas evoluem é dinâmico e único, tal como o são as pessoas que as constituem. O desafio reside, pois, em mobilizar os profissionais tendo em vista um projeto comum e em que as pessoas se sintam parte integrante, estejam motivadas e empenhadas, havendo uma relação de confiança, solidariedade, entreaajuda e espírito de equipa.

Em suma, a ausência de respostas efetivas em quantidade e qualidade são uma realidade incontornável do nosso sistema de saúde. Sendo esta uma questão chave de saúde pública, torna-se um dos principais desafios da sociedade atual, tentar alterar esta realidade através de projetos eficazes e organizados que permitam ganhos económicos e sociais em saúde.

2. DIMENSÕES RELEVANTES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

São quatro as áreas fundamentais para a aplicação dos Cuidados Paliativos: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o processo de luto (Neto, 2006; Magalhães, 2009; PNCP, 2004) já anteriormente mencionado por Twycross (2001).

Também a DGS (2010) define como “componentes essenciais dos Cuidados Paliativos o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional do doente, o apoio à família e o apoio durante o luto”. Para isso é fundamental um trabalho em equipa multi/interdisciplinar e em associação.

De seguida detalhamos cada uma das dimensões.

2.1. Os Sintomas em Cuidados Paliativos

O controlo de sintomas em Cuidados Paliativos é um dos seus objetivos, na medida em que, se estes não forem avaliados de forma sistemática, os profissionais de saúde comprometem o bem-estar do doente e sua família. Sabe-se que um dos grandes desejos do doente e família é que o doente não tenha dores, não sofra, não tenha anorexia, entre outros, para que a sua qualidade de vida seja preservada e não inviabilizada. Twycross (2003, p.16) salienta que frequentemente os sintomas estão “encobertos com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente”, no entanto “preocupar-se exclusivamente com o controlo de sintomas (...) não garante que se esteja a intervir adequadamente no sofrimento deste tipo de doentes”.

Reduzir o sofrimento da pessoa que experiencia a ultima etapa, exige que se controle de forma eficaz os sintomas. Tranmer [et. al.], cit. por Janssen (2008) confirmam a importância de se controlar os sintomas de doentes com doença crónica em fase avançada, quer seja ela maligna ou não, na medida em que estes doentes sofrem no seu quotidiano de sintomas físicos e psicológicos como: fadiga, dor, dispneia, tosse, perda de apetite, tristeza e perturbações do sono.

Mazzocato (2001) sustenta que a expressão do sintoma pode variar de acordo com fatores psicológicos, crenças e mitos individuais, fatores culturais e étnicos. Também Neto (2010) sustenta que os doentes experienciam os sintomas a três níveis distintos: **produção** (resposta fisiológica que produz o sintoma, corresponde aos aspetos somáticos do processo de doença); **perceção** (processo pelo qual o sintoma atinge o córtex cerebral, fase em que existe maior variabilidade interindividual); **expressão**

(manifestação exterior do doente face ao sintoma, fase altamente subjetiva e individual, que depende de múltiplos fatores). Defende ainda, que os enfermeiros pela sua proximidade ao doente têm um papel essencial na monitorização dos sintomas, contribuindo para o sucesso do processo terapêutico (Neto, 2010).

Este sucesso depende também, da consciencialização de cada profissional de saúde em querer perceber qual o impacto que esses sintomas têm na vida desses doentes e seus familiares. Firmino (2009) refere que as intervenções dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, devem estar direcionadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas e para intervenções, tanto farmacológicas como não farmacológicas. Também, a este respeito do tratamento, Twycross (2003, p.18) refere que se deve “corrigir o que pode ser corrigido”; não esquecer para além dos tratamentos farmacológicos, os não farmacológicos; prescrever fármacos profilaticamente para os sintomas persistentes e sobretudo nunca dizer ao doente e sua família “tentei tudo, nada mais posso fazer”, porque há sempre algo a fazer em Cuidados Paliativos. Nesta área da medicina, o objetivo pretendido é proporcionar aos doentes a maximização do seu potencial físico, psicológico, social e espiritual, por muito limitados que se encontrem. Assim, é fundamental que o profissional de saúde faça uma apropriada interpretação da manifestação dos sintomas pelos doentes.

É importante ainda referir, que os doentes e seus familiares são acometidos por uma série de sintomas que surgem independentemente da patologia, em que a maioria das vezes é de elevada intensidade provocando estados de grande debilidade. Segundo Neto e Barbosa (2010) os doentes com doenças crónicas e avançadas, apresentam frequentemente sintomas “complexos multissintomáticos”, aumentando desta forma a dificuldade da avaliação.

De acordo com um estudo elaborado por Walsh, Donnely e Rybicki, cit. por Sousa (2012) os resultados indicam que em 1000 doentes do foro paliativo, a dor é o sintoma mais frequente com 84%, seguido pela astenia e a anorexia com 66%, a xerostomia com 57% e a obstipação com 42%. Para Stromgren [et. al.] (2002) a dor mantém-se como o sintoma mais frequente com uma percentagem de 92%, bem como, a astenia com uma percentagem de 43% e a anorexia com 36% (separou estes dois), a depressão/tristeza com 32%. Já para Vainio [et. al.] (1996) num estudo realizado com 1640 doentes, verificou que os sintomas mais frequentes são a dor com 57%, seguido pela astenia com 51%, a caquexia com 39%, a anorexia com 30%, obstipação com 23%, as náuseas com 21% e por último a dispneia com 19%.

Assim, e de acordo com Bernardo (2005, p.35-36) o controlo de sintomas implica uma série de princípios, nomeadamente:

- “Avaliar antes de tratar;
- Explicar as causas dos sintomas, de uma forma clara, utilizando uma linguagem comum de modo que o doente possa entender o que lhe está a acontecer;
- A abordagem terapêutica a instituir, farmacológica e não farmacológica, deve ser dirigida, por um lado, à situação geral de um doente terminal, mas por outro, específica para cada sintoma. É necessário haver uma reavaliação periódica e a definição de prazos no sentido de alcançar o objetivo pretendido com as intervenções estabelecidas;
- Implementar regras de monitorização dos sintomas, fazendo uso, para tal, de instrumentos de avaliação estandardizados (escalas de pontuação ou analógicas), complementados por registos rigorosos e adequados (esquema corporal da dor, tabelas de sintomas)”.

Torna-se importante salientar que são vários os instrumentos que se podem utilizar para a avaliar, monitorizar e gerir os sintomas, nomeadamente:

- Escala de Braden (Anexo 1) - permite avaliar o risco de úlceras de pressão;
- Escala de Morse (Anexo 2) - permite avaliar o risco de quedas;
- Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Edmonton Symptom Assessment System) - ESAS (Anexo 3) - permite avaliar a intensidade dos vários sintomas que o doente apresenta;
- Escala de Avaliação da Dor (escala de faces) (Anexo 4) - permite avaliar a intensidade da dor;
- Escala de Barthel (Anexo 5) - permite avaliar o grau de dependência (a aguardar autorização para a sua utilização);

Salienta-se que, embora algumas destas escalas não estejam direcionadas exclusivamente para a avaliação, monitorização e gestão dos sintomas, certo é que todas têm como objetivo o bem-estar do doente.

As escalas podem ser preenchidas mediante a avaliação feita pelo próprio doente ou na impossibilidade do próprio a fazer, pelo elemento da equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico ou o enfermeiro, mencionando qual das situações se verifica.

Para além da aplicação destes instrumentos de avaliação é fundamental conhecer a história do sintoma e para isso terá que ter em conta os seguintes aspetos: ambiente confortável e com privacidade; disponibilidade; envolvimento do familiar significativo de

forma a poder ajudar na avaliação pelo contacto diário que tem com o doente (esta presença deve ser consentida pelo doente); desejo do doente em comunicar (Dennis, Librach e Chow, cit. por Sousa, 2012). Outro aspeto importante é considerar o doente e família como uma unidade de cuidados e centro de decisão, para que este se sinta respeitado, aumentando assim a sua autoestima, reduzindo deste modo o sofrimento psicológico (Twycross, 2003).

Os doentes em Cuidados Paliativos apresentam durante o processo de doença prevalência de sintomas que diferem de acordo com a patologia. No entanto a dor é um sintoma comum em diferentes quadros clínicos, como: doenças oncológicas (surge em cerca de 90% dos doentes do foro oncológico, mas o seu controlo só é conseguido em cerca 70% das situações) (Ahmedzai, 1997); doenças desmielinizantes do sistema nervoso central e periférico, doenças osteoarticulares degenerativas incapacitantes, entre outras. Esta é caracterizada como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão do tecido.

De acordo com a International Association for the Study of Pain, cit. pela DGS (2008, p.6), a dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

A dor interfere no bem-estar da pessoa humana, influenciando a sua qualidade de vida. Ao longo dos tempos, já foi interpretada como um castigo, um aviso, uma emoção, uma neurotransmissão, um desafio à ciência e uma reação complexa. Conforme refere Gonçalves (2011) ela pode ser:

- **Aguda** - início bem definido e geralmente relacionado com sinais físicos e objetivos, com ativação do sistema nervoso simpático, e duração pode ser de horas a semanas;
- **Crónica** - o padrão temporal normalmente é menos bem definido, persistindo por meses ou até mesmo anos, estando associada a alterações da qualidade de vida do doente.

Bernardo (2005) menciona que existem pelo menos quatro quadros dolorosos, que se distinguem pelo fenómeno fisiopatológico que conduziu à dor (nociceptiva, neuropática, visceral e idiopática), e que dão origem aos respetivos síndromes dolorosos, podendo coexistir no mesmo doente.

Enfatizava a OMS (1990) que cerca de 70% dos sintomas dolorosos não estão controlados, devido a determinados fatores como: formação insuficiente dos profissionais

de saúde; fatores culturais que remontam à idade Média, e em que a doença era percebida como um castigo divino e a sua manifestação a dor, e por isso fonte de redenção; a dificuldade dos profissionais de saúde em acreditarem nas queixas dos doentes, menosprezando a intensidade das dores e sobrestimando o efeito dos analgésicos utilizados. Também a OMS apresenta uma escada analgésica que ajuda à prescrição de analgesia de acordo com a intensidade de dor que o doente apresenta, ver abaixo.



Figura 1 - A escala analgésica da OMS para o controlo da dor oncológica.
 Fonte: Manual de Cuidados Paliativos, 2ª Edição (Março 2010).

Ainda é de salientar, que a **astenia** e a **anorexia** atingem três em cada quatro doentes, podendo estar subvalorizada (Vogelzang [et. al.], 1997). Estes sintomas estão presentes em cerca de 75% dos doentes nas fases avançadas da sua doença (Stone, 2001). A astenia pode-se caracterizar por uma sensação persistente de cansaço e esgotamento, desproporcional à atividade realizada, sem causa aparente, e debilidade generalizada. Contribui para a perda progressiva da capacidade funcional (Nascimento, 2010).

Segundo Gonçalves (2011), este sintoma pode ter várias etiologias, podendo estar relacionada com comorbilidades, alterações bioquímicas e hematológicas ou até com o próprio tratamento.

Num estudo produzido por Loge [et. al.] (2000), para análise da prevalência de astenia crónica, ansiedade e depressão, em doentes com tumores do testículo e com Linfoma de Hodgkin quando comparados com a população em geral, verificaram que a manifestação de astenia é menor nos doentes com tumor do testículo, mas sobressai em relação à população em geral. O mesmo estudo aponta que a coexistência de cormobilidade, idade, ansiedade e depressão constituem um sinal preditivo de astenia crónica e que, por isso, exige uma intervenção psiquiátrica.

De acordo com Twycross (2001) a questão mais importante reside em ajudar o paciente e a sua família a aceitar adaptarem-se à falta de apetite.

Conill [et. al.] (1997), demonstraram através de um estudo que para além da sua presença ser elevada na primeira avaliação, onde apresentou um valor de 76,7%, o mesmo aumentou com a progressão da doença passando para 81,8% na última semana de vida.

Para minimizar este sintoma, as intervenções farmacológicas devem, sempre que possível, ser dirigidas à causa. Numa fase mais avançada da doença a astenia é um sintoma inevitável e até mesmo protetor, pelo que não se justifica o seu tratamento, e deve-se inclusivamente suspender algum que esteja em curso. Ainda para Gonçalves (2011) quando justificável o tratamento, os fármacos dirigidos ao sintoma são os corticóides, com efeito a curto prazo, e o megestrol, que melhoram o apetite e o bem-estar geral.

As medidas gerais visam: a investigação da etiologia do sintoma, corrigindo causas não relacionadas com o cancro; informar o doente e a família acerca do sintoma e dos objetivos realista, favorecendo a verbalização de dúvidas e receios; ajudar a estabelecer estratégias para adaptações às AVD's, como fornecer equipamento necessário à autonomia.

Para Nascimento (2010), mesmo que não seja possível eliminar na totalidade este sintoma, a sua redução é muito relevante para o doente e este facto deve ser reforçado também pela equipa multidisciplinar. De forma a evitar sentimentos de frustração, mais uma vez o estabelecimento de objetivos realistas e acessíveis são fundamentais.

No que se refere à anorexia, esta quando presente por si só é suficiente para provocar outros dos sintomas, a caquexia e a astenia. Esta pode ser induzida pela neoplasia, pela própria terapêutica ou por disfunção metabólica. Pode causar um impacto tanto no doente como na família, por estar associada a deterioração da saúde e ser associada a morte (Gonçalves, Rosado e Custodio, 2010).

A anorexia tem vários fatores etiológicos mas nem todos são irreversíveis o que torna fundamental a ajuda ao doente e família de forma a aceitarem e a adaptarem-se a esta situação (Twycross, 2003). É muito frequente nos últimos dias de vida e segundo Goncalves (2011) esta não deve ser focada como um sintoma, mas como um fenómeno que protege o organismo que já não tem capacidade para a ingestão de alimentos. Pode levar à desnutrição que por sua vez leva a desidratação e consequente xerostomia.

Ainda para Twycross (2003) a caquexia consiste na perda de peso acentuada e na perda de massa muscular. Goncalves (2011) acrescenta, que existe ainda a perda não intencional de mais de 10% do peso. Este sintoma está habitualmente associado a anorexia.

2.2. Comunicação em Cuidados Paliativos

“Primeiro vamos substituir o falar por comunicar. É um termo muito melhor, muito mais abrangente, mais preciso. Quando tentamos falar um com o outro – Eu contigo, tu Comigo, ficamos imediatamente constrangidos pela incrível limitação das palavras. Por esse motivo, não comunico somente através das palavras. De facto, raramente o faço. O meio de comunicação mais habitual é através do sentimento. O sentimento é a linguagem da alma.”
Walsch

A palavra “comunicar provém do latim “comunicare” que significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”” (Fachada, 1998, p.12). Implica assim, uma reciprocidade, para ser efetiva e exige a descodificação da mensagem, seja ela verbal ou não verbal. Deste modo, a comunicação é um “processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-percetuais (acústicos, visuais, olfativos, tácteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra” (Querido, Salazar e Neto, 2006, p.358).

Sabemos que o ser humano influencia o mundo e é influenciado por ele e, embora único, está continuamente interagindo com os outros e com o meio envolvente, logo é difícil imaginar uma vida onde não há absolutamente nenhuma comunicação.

Tudo o que é vida é comunicação, porque implica necessariamente o transporte de ideias e objetos de um ponto para o outro. Como tal, comunicar é uma forma de conhecermos e de nos darmos a conhecer, de aprender e ensinar. Sendo assim, este é um processo terapêutico essencial que dá acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e à informação que o doente necessita para ser ajudado e ajudar-se a si mesmo (Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, 2011).

No âmbito dos Cuidados Paliativos e de acordo com Neto (2003), sabe-se atualmente que, para além do controlo sintomático, é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias e que estes as classificam como sendo de maior importância na qualidade dos cuidados recebidos. Para que estas necessidades sejam atendidas o profissional de saúde tem que estabelecer uma relação com o doente/família alicerçada pela compaixão, humildade, respeito e empatia. Neste sentido, a capacidade de comunicar eficazmente é uma das competências necessárias em Cuidados Paliativos, pois sem esta, pouco ou nada é possível. Por vezes, comunicar pode até ser a única medida terapêutica adequada ao doente e, sem dúvida, a sua utilização exige maior reflexão e planeamento do que a prescrição de qualquer medicação.

Também, uma das tarefas mais difíceis de desempenhar e que a equipa de saúde é confrontada no seu quotidiano, está relacionada com a comunicação de más notícias. Contudo, também se deparam com outros desafios, como o fornecimento de informação sobre diagnóstico/prognóstico, tomada de decisões sobre o tipo de cuidados e intervenções com os objetivos de cuidados estabelecidos, dissonância nas decisões, reações emocionais e psicológicas do doente/família, conflitos familiares, entre outros. Salienta Leal (2003, p.42), que

vários estudos confirmam que a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o doente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança na sua relação com o médico. Dar a informação ao doente, sempre de acordo com as suas necessidades, pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medos e a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação. O modo como se comunica ao doente o diagnóstico e a terapêutica influencia de uma forma muito importante a maneira como o doente vai reagir a ambos.

O diálogo, a atenção e o acompanhamento destes doentes são fundamentais, e deve ser estabelecida uma relação de ajuda, de forma a apoiar-los na fase final da vida e a vivê-la o mais serenamente possível até ao momento da morte, de forma a se sentir acompanhado, compreendido e apoiado nesta fase da sua vida (Twycross, 2003).

Para falarmos de relações interpessoais não nos podemos esquecer de pelo menos três fatores intrinsecamente ligados e que produzem determinado ambiente relacional, tais como: o processo de comunicação, o trabalho em equipa e a personalidade dos intervenientes.

Importa ainda salientar, que o processo de comunicação permite à pessoa trocar informações sobre si, e tudo o que a envolve, sendo assim considerada como uma

necessidade básica na atenção do profissional de saúde, aquando do envolvimento no doente/família (Barbosa, 2010). Ainda, de acordo com este autor “a tecnologia nesta área é o tempo e o espaço; e as ferramentas mais importantes de trabalho são a palavra e a escuta”, tendo em conta que a dignidade humana é a chave essencial para toda a comunicação (Barbosa, 2010, p. 462).

A **empatia** é outra das componentes fundamentais na comunicação em Cuidados Paliativos, pois só através dela é possível estabelecer uma relação de ajuda que permita ao doente e família participarem de forma efetiva em todo o processo terapêutico. De facto, a empatia assume importância capital neste contexto, pelo que a sua ausência conduz necessariamente à inexistência de Cuidados Paliativos definidos pelos seus princípios fundamentais. Não se pode ajudar o outro num processo tão complexo e doloroso, sem que exista uma atitude empática, ou seja, é primordial emergir na realidade subjetiva da pessoa de forma a participar na sua experiência (Pereira, 2008). É esta capacidade de nos colocarmos no lugar do outro e de tentar perceber como o outro vê o mundo que nos conduz a relações interpessoais altamente compensatórias para todos os intervenientes do processo comunicativo.

A pessoa em Cuidados Paliativos deseja ser compreendida como um ser humano que sofre porque, além da dor física, possui conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem suprir. Assim, o doente necessita de, para além de partilhar os seus medos e preocupações, sentir-se cuidado, amparado, confortado e compreendido pelos profissionais de saúde. Expressões de compaixão e afeto na relação com o doente demonstram que ele é parte importante de um conjunto, o que confere uma sensação de proteção e consolo, além de paz interior (Araújo e Silva, 2012). Estes princípios deverão estar assim, subjacentes a qualquer intervenção terapêutica e devem servir como atitudes orientadoras das práticas comunicacionais dos profissionais face à pessoa/família que sofre. Uma comunicação eficaz, eticamente correta, é fundamental para ajudar os alvos de cuidado a ultrapassarem as suas necessidades bio-psico-afetivas.

Importa ainda referir, que comunicar em Cuidados Paliativos implica a “utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional de saúde, a pessoa doente e família” (Gask, cit. por Querido, Salazar e Neto, 2010, p.462). A **escuta ativa** é uma dessas perícias e que consiste num processo essencial para compreender o doente através da sua linguagem verbal e não verbal. Twycross (2003, p. 39) expõem estratégias para praticar uma escuta ativa:

- “De vez em quando, acene com a cabeça para mostrar que continua a estar atento;
- Se o doente parar a meio de uma frase, repita as suas três últimas palavras; isto permite que ele prossiga, sugestão que é geralmente aceite;
- Explore as pistas, por exemplo, se o doente disser: “É como a doença da avó”, pergunte: “O que é que quer dizer com é como a doença da avó?”;
- Devolva as questões, por exemplo: “A que é que julga que a operação se destinava?”;
- Faça perguntas sobre os sentimentos, por exemplo: “Como é que isso o fez/faz sentir-se?”;
- Valide os sentimentos, por exemplo: “É natural que se sinta assim”;
- Observe a linguagem corporal e pondere as pistas não verbais;
- Resume e verifique em que medida compreendeu os problemas do doente;
- Se existe uma longa lista de problemas, peça ao doente que indique a respetiva prioridade”.

Em suma, podemos constatar que a comunicação em Cuidados Paliativos consiste num desafio efetivo e real a uma prática de cuidados de excelência. O desenvolvimento de atitudes éticas de cuidado e compaixão e o estabelecimento de uma relação de ajuda e comunicação empática assumem, a este nível, particular relevância, sendo algo complexo, difícil e exigente para os profissionais de saúde que aqui desenvolvem a sua atividade profissional. “Gente que cuida de gente” foi a definição que caracterizou a enfermagem desde sempre e permaneceu através dos tempos. Deste modo, a comunicação e a relação de ajuda são dois elementos cruciais da prática de enfermagem e fundamentais na área de cuidados paliativos.

2.3. A família do Doente Sem Perspetiva de Cura

A família tem sido ao longo dos tempos a instituição de suporte ao desenvolvimento do ser humano ao longo do ciclo vital nas suas várias dimensões. Quer no passado, quer no presente a família é considerada a célula básica da sociedade.

Quando a doença atinge um dos seus membros, a família sofre alterações a vários níveis, nomeadamente: a nível de projetos futuros; papéis e responsabilidades; interações existentes, entre outros. Por sua vez, quando a presença de doença exige hospitalização, a família é inundada por uma variabilidade de sentimentos e emoções que nem sempre sabe como lidar. Refere Moniz (2003, p.43), que a hospitalização representa

uma “ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes fatores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, entre outros”. Salienta ainda Moniz (2003), que a hospitalização exige uma reorganização social e familiar.

Também, Cerqueira (2005, p.34) refere que “quando o doente é hospitalizado, as reações de cada familiar são diferentes e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel social do doente, a idade, o sexo e com a própria estrutura familiar”. Assim a família deve ser foco de atenção dos profissionais de saúde, pois também ela é alvo do sofrimento pelo impacto da doença.

Segundo Apóstolo [et. al.] (2004, p.30), “o familiar do doente com doença oncológica em fase terminal atravessa uma situação que descreve como muito dolorosa, sentimento que emerge por estar diante do sofrimento do seu ente querido (...) por assistir ao seu sofrimento numa posição de impotência no alívio da sua dor”.

Assim, um real apoio à família exige incentivo a participação da família nos cuidados a prestar ao seu familiar doente, de forma a preservar uma relação comunicacional, de afeto e de preservação do seu sentido de utilidade. Os profissionais de saúde devem considerar a família e o doente como uma unidade de cuidados. Muitas famílias vivenciam tal como o doente que experiencia a última etapa da vida, sofrimento, pela perda iminente, fragilidade e angústia da separação (Pereira, Lopes, 2005).

É fundamental que o doente a família e a equipe de saúde tenham os mesmos objetivos a atingir para que não haja risco de comprometer o sucesso terapêutico que deve visar a preservação da dignidade pessoal. Enfatizamos que a família tem um papel fundamental no apoio aos doentes terminais, uma vez que é muito significativa para eles.

Outro dos aspetos a considerar, é o facto de que durante o período de doença são vários os conflitos com que o família/cuidador se deparam perante o sofrimento do seu ente querido. O sentimento de impotência e incapacidade para resolver as necessidades do doente são muitas vezes sentidas e motivo de desgaste. Presenciar o sofrimento do seu familiar e não conseguir dar resposta para minimizar esse sofrimento, é efetivamente gerador de uma multiplicidade de sentimentos e emoções. Segundo Cerqueira (2005, p. 41) “o cuidador pode vir a ser o membro mais afetado pelo stress, mesmo mais que o doente que está hospitalizado”.

Contudo o objetivo principal do plano terapêutico da equipa de saúde deve ser favorecer a alta do doente para o seio dos seus familiares de forma a vivenciar a ultima etapa da vida junto daqueles que ama. Mas perante a alta, as famílias apresentam, com frequência

muitos medos, que de acordo com Martín (1994), tendo por base a experiência das enfermeiras de Cuidados Paliativos espanholas, descreve os principais medos das famílias que têm os doentes em casa, como: a dor que não cede à medicação; a dificuldade em alimentar o doente; os estertores e o momento da morte difícil de esquecer e a dificuldade em resolver de forma eficaz todas as crises que surjam e que alguma delas apresse ou resulte na morte. A família receia não prestar cuidados de qualidade e de se poder sentir responsável, em alguma altura, por maior sofrimento ou mesmo pela morte.

Assim, cuidar da família exige que o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, acompanhem essa família, nas diversas etapas do percurso da doença (não como quem sabe ensinar a quem não sabe: isto não é coisa de saber) pode ser, mais do que um dever" de solidariedade, a possibilidade de nos realizarmos mais plenamente na nossa humanidade (Auschitza e Novi, cit. por Almeida e Melo, 2002).

Saber também escutar as angústias, dúvidas e dificuldades leva a família a sentir-se compreendida e reconhecida e a poder tomar ou retomar a seu cargo - o cuidar do doente.

Em suma, acompanhar e apoiar famílias exige o estabelecimento de uma relação de parceria, adequando as propostas de acordo com as suas necessidades.

2.4. Processo de Morrer e Processo de Luto

A vida e a morte andam de mãos dadas e marcam ambas presença no nosso dia-a-dia. À medida que avançamos pelas diversas etapas do ciclo de vida, aproximamo-nos do incontornável destino que é a morte. Ver, cheirar, ouvir, pensar, tocar a morte é um dos desafios inerentes à prática de Cuidados Paliativos.

Se a vida ensina muitas coisas, a morte certamente também o faz, quanto mais não seja porque a morte faz parte da vida, uma vez que é uma das suas etapas. Muito do que hoje se sabe aprendeu-se com e na morte.

A morte deve ser vivida com naturalidade, em presença amiga, para que o doente possa ter alguém que esteja com ele quando morrer. E esse alguém pode ser o enfermeiro, esse enfermeiro que em tempos antes lhe deu banho, massajou-lhe as costas, conversou com ele, que esteve com ele.

A morte não pode ser vista só como uma experiência negativa que acontece na vida de cada um. A experiência da morte é algo que cada pessoa irá passar, seja a de um

familiar, de um amigo ou mesmo de um desconhecido. Pelo facto de passar por essa experiência, cada pessoa poderá compreender de uma forma mais realista o que lhe irá acontecer quando chegar a sua vez.

Saunders, cit. por Pessini e Bertachini (2008) diz-nos que

logo ficou claro que cada morte era tão única como a vida que a precedeu e que toda a experiência daquela vida estava refletida no momento do morrer. Isso levou-nos ao conceito de dor total, que foi apresentada como um complexo de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Toda essa experiência para o paciente inclui ansiedade, depressão e medo; preocupações com a família que passará pelo luto e frequentemente a necessidade de encontrar algum sentido na situação, uma realidade mais profunda em que confiar. Isso tornou-se a tônica de ensino e escritos sobre assuntos tais como a natureza, o cuidado da dor terminal e a família como uma unidade de cuidados.

Perante uma “perda significativa, de uma pessoa ou até de um objeto estimado, surge um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça” (Melo, 2008, p.13). Tendo em conta este pressuposto, luto e perda são partes integrantes da vida. A dificuldade em encarar o fim de vida, como parte da existência é o que faz do luto uma experiência tão assustadora e angustiante.

Luto é uma palavra que vem do latim “Luctus” e significa morte, perda, dor e mágoa. Este é um processo característico que se desenvolve sempre que se sofre uma perda significativa, contudo é um processo de transição. Ao fazer o seu luto, a pessoa adapta-se à perda e ao significado que essa perda tem na sua vida. Como tal, trata-se de um conjunto de sentimentos que necessitam de algum tempo para serem resolvidos e que não devem ser apressados. De acordo com Twycross (2001, p.63), “o luto não é apenas emocional, é também uma experiência física, intelectual, social e espiritual. O luto afeta os sentimentos, os pensamentos e o comportamento”. O luto é a experiência mais universal e ao mesmo tempo mais desorganizadora e assustadora que vive o ser humano, sendo um processo pelo qual todos acabamos por passar.

Para Freud (1915/1979, p.275), “O luto é uma reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém”. Embora a morte de um ente querido constitua um motivo primordial para a ocorrência do luto, essa não é a única fonte, já que outros fatos da vida o poderão provocar.

Barbosa (2006) define luto como uma reação característica a uma perda significativa, que se processa habitualmente por fases. A perda pode ser real ou simbólica: a primeira reporta-se a uma pessoa, animal ou objeto querido; a segunda refere-se a um ideal, a uma expectativa ou a uma potencialidade.

Assim, a perda pode estar relacionada com: um objeto, como por exemplo, ter um carro roubado ou um objeto de estima estragado; com a constatação da impossibilidade de atingir um objetivo traçado; à perda da juventude ou de um ente querido (por distância geográfica, por rotura de relações ou por morte). A dificuldade de tolerar a ausência do que foi perdido é comum a todos estes tipos de perda. Contudo, a perda por morte é a mais difícil, pois esta remete para o sentimento de impossibilidade de reverter o que se perdeu.

Sendo assim, o processo de luto começa no momento em que se tem consciência da perda, ou seja, desde que se confirma um diagnóstico com prognóstico de evolução desfavorável. Apesar do luto ser um mecanismo comum a todas as pessoas, cada um tem a sua forma de o realizar, variando o processo de ser humano para ser humano e ao longo do tempo.

O luto compreende fases e reações próprias, que a pessoa precisa experimentar para resolvê-lo de forma saudável. Há vários fatores de risco que influenciam na vivência e no resultado do luto. Embora a perda seja parte integrante da condição humana, a maioria das pessoas não são capazes de conviver com estas situações levando, por vezes, a lutos complicados e patológicos.

A situação de fase final de vida obriga os doentes a enfrentarem novas situações e implica adaptações sucessivas. A pessoa apresenta uma crise de vida significativa no seu equilíbrio pessoal, conduzindo a alterações no relacionamento social e familiar.

Perante este contexto, poder-se-á dizer que a atenção ao luto em Cuidados Paliativos é elementar e deve ser prestada: antes da morte, durante o processo de agonia e deve prolongar-se, se necessário, depois da morte. Este apoio ao luto deve ter como alvo o doente e a família.

No nosso quotidiano ainda pensamos e falamos muito pouco acerca da morte e das perdas que sofremos, porque é um assunto tão angustiante que provoca medo relativamente de como será a nossa própria morte e dos nossos familiares. Como tal, este assunto ainda é considerado pela nossa sociedade um tema tabu. Talvez por isso, seja tão difícil aprender a lidar com o luto (como nos faz sentir, o que devemos fazer, o

que é normal acontecer e de o aceitar), pois atualmente estas perdas acontecem geralmente mais tarde nas nossas vidas.

O que torna o luto difícil de ser ultrapassado é o facto de ser um fenómeno universal e individual. Por conseguinte, este depende das perceções de cada pessoa ou família, do que se perdeu e do que a perda significa num determinado momento. De acordo com Pereira (2008, p.110) “esta situação é vivida de forma individual e depende do nível de desenvolvimento de cada um, da sua personalidade e das suas características pessoais, experiências anteriores, da condição física e psíquica, da cultura, das crenças e da adaptabilidade às situações”.

O processo de luto é algo inerente ao ser humano, pois cada um de nós tem histórias para contar sobre perdas de pessoas queridas, laços desfeitos, amores perdidos, mortes repentinas, mas a forma como as pessoas reagem às perdas é que é diferente. Sendo assim, achamos pertinente conhecer e desenvolver a nossa história pessoal para conseguirmos ajudar o outro.

Salienta-se ainda que a pessoa que experiencia o luto passa por algumas fases tal como refere Pacheco (2014):

Choque - fase caracterizada por uma espécie de paralisia da emotividade. A pessoa experiencia um momento trágico e fica como que paralisada; por momentos, o mundo abate-se à sua volta, podendo ocorrer reações de desespero, negação da perda, raiva, ansiedade e crises emocionais como o embotamento afetivo e o entorpecimento. São típicas as frases: “Não pode ser, não acredito”;

Negação - a pessoa não acredita na perda do seu familiar, agarrando-se à ideia de que o mesmo não morreu. Num primeiro momento tenta esquecer ou não pensar sobre o assunto. Posteriormente, focaliza as suas energias na tentativa da recuperação da pessoa perdida, ou na busca de um culpado para a situação, ou ainda na substituição de quem partiu por outra pessoa, deixando para trás a sua atividade profissional;

Desorganização - é a fase da dor emocional, onde o choro, a tristeza, o desgosto, a depressão, a anedonia, a disforia têm lugar de destaque. Surgem ainda queixas a nível somático, tendo especial relevo as cefaleias, os problemas digestivos, a dispneia, os suspiros, a boca seca, a visão desfocada, as palpitações, as dores musculares, o nó na garganta, o aperto no peito, as doenças infecciosas, a fadiga e a falta de energia. É também característica a dificuldade de concentração, resultando num défice da cognição e da memória de curto prazo. Em consequência, surge uma conduta alterada, com rutura da atividade de rotina, isolamento, solidão, culpabilidade/remorso, irritabilidade e

protesto. O fim de todo este quadro ocorre quando a pessoa deixa de negar todo o ocorrido e encara a realidade;

Reorganização - é a fase do reconhecimento da morte do ente querido e do ajustamento à realidade da sua perda. A pessoa começa a encarar o futuro em vez de se concentrar apenas no passado, desenvolvendo novos relacionamentos, atitudes positivas e voltando ao trabalho. Aceita viver com o vazio da perda que acabou de experienciar, conseguindo falar sobre as suas emoções sem descontrolo. Tem consciência que o luto não significa esquecer a pessoa querida mas sim uma nova forma de manter a ligação com ela. No final, consegue olhar para trás e aceitar tudo o que passou, conseguindo retirar aprendizagens com a experiência do luto.

Em suma, ao longo da nossa existência somos confrontados com pequenos e grandes lutos, através dos quais a pessoa se dá conta da sua finitude. O sentido dado à vida é repensado, as relações são refeitas a partir de uma avaliação de seu significado, o “eu” é transformado. Nada mais é como costumava ser. Como tal, há vida no luto, há esperança de transformação, de recomeço.

3. CUIDAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidar teve sempre a função de manter a vida e conforme salienta Collière (1989) foi e será sempre, o alicerce dos cuidados de enfermagem.

Na nossa perspetiva, a conceção do cuidar encara a pessoa na sua globalidade, especificidade e individualidade, preocupando-se com o bem-estar e a qualidade de vida, onde a pessoa doente e família são cento de decisão.

Pessini (2006) salienta a necessidade de se focar o cuidado em quatro necessidades humanas básicas: a de existir; a de pensar; a de sentir e a de agir no mundo. Enfatiza ainda, que a passagem da vida para a morte encontra-se no centro do drama do destino humano, e como tal, como “fomos cuidados para nascer, precisamos também ser cuidados no adeus final da vida. “Cuidar, fundamentalmente, é procurar viver a solidariedade que coloca o “coração na mão”, une competência técnico-científica e ternura humana com os que hoje passam pelo “vale da sombra da morte”, sem esquecer que a chave para morrer bem está no bem viver!” (Pessini, 2006, p.65).

Cuidar do fim de vida exige do profissional de saúde, nomeadamente do enfermeiro um equilíbrio entre o uso da tecnologia e uma presença efetiva no acompanhamento e conforto durante este processo. Salienta-se que o cuidado acontece num campo de intersubjetividades onde a comunicação/relação ocupa um papel de destaque.

Segundo Watson (2002, p.55) “cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha”.

Para a compreensão do cuidar, Hesbeen (2000) salienta oito elementos fundamentais: o **calor**, que permite a quem recebe os cuidados perceber o prestador de cuidados como uma pessoa caloroso; a **escuta**, que permite acolher a palavra do outro; a **disponibilidade**, que permite ao prestador de cuidados mostrar eis-me aqui; a **simplicidade**, que se caracteriza tanto por um comportamento como pelo recurso a uma linguagem acessível; a **humildade**, que revela um profissional consciente dos seus limites, que pretende que a pessoa doente e família sejam parceiros no cuidar; a **autenticidade**; o **humor**, que permite aliviar a situação difícil; a **compaixão**, que permite ao prestador de cuidados partilhar o sofrimento do outro.

Assim sendo, cuidar da pessoa em fim de vida implica compromisso e um foco nas suas alterações a nível biológico, emocional, espiritual e social. Conforme refere Pinto (1991, p. 13), o “enfermeiro ao cuidar a pessoa em fim de vida, nunca se deve esquecer que a morte é vida”.

Assim, cuidar do fim de vida exige intervenções humanistas assegurando uma qualidade à vida que lhe resta. Para Gameiro (2003), a explicação para a humanização dos cuidados recai no reconhecimento da multidimensionalidade da dor e do sofrimento.

Cuidar do fim de vida requer uma atitude de preocupação e de aproximação afetiva de forma a criar espaços de partilhas e exteriorização de emoções e sentimentos, favorecendo assim um fim de vida sereno. Salienta o Código Deontológico dos Enfermeiros (2005) no seu art. 87º que o enfermeiro deve; “defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoa que lhe sejam próximas; respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.

É urgente mudar de paradigma, deixar o cuidar sobrepor-se ao tratar.

3.1. Questões Éticas em Cuidados Paliativos

Desde o início da medicina com Hipócrates que esta se assume em proteger os doentes de possíveis danos e restaurar a saúde perdida.

Nas últimas décadas vem-se a assistir a um desenvolvimento acentuado a nível da tecnologia e informática, levando a que a morte fique longe do pensamento humano. Com o avanço da biologia molecular, dos transplantes, da genética e das neurociências, o Homem percebe que pode controlar a vida, surgindo assim, perante o confronto com o fim de vida, tomadas de decisões complexas quer de carácter moral quer de carácter médico, pela equipa de saúde, pelo doente e seus familiares.

A decisão ética pressupõe uma escolha pessoal e ativa, que tenta conciliar os interesses individuais e coletivos que resulta das convicções, valores e princípios morais intrínsecos à pessoa e é influenciada pelos valores morais da sociedade e pelo momento histórico em que está inserida. Mas, para que esta decisão ocorra é necessário que as pessoas estejam livres de imposições e que as suas ações sejam conscientes, voluntárias, fundamentadas em argumentos racionais e escolhidas entre outras alternativas possíveis. Assim, em Cuidados Paliativos deparamo-nos com muitas questões éticas, nomeadamente no que concerne à informação. Informar ou não informar a pessoa que experiencia o fim de vida acerca da sua condição clínica? Sendo assim, “tendo em conta que a ética orienta o ser humano para o agir, o ato de informar deve assentar em quatro princípios fundamentais da bioética: princípio da beneficência, princípio da não maleficência, princípio da autonomia e o princípio da justiça” (Pereira, 2008, p.96).

Estes princípios, relacionam-se de uma forma dinâmica, ou seja, nenhum princípio é absoluto e isolado nem se considera que um prevaleça em relação a outro. De acordo com Nunes (2008, p.44), “é fundamental reforçar a ideia de que a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os princípios e que deve estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções”.

O princípio da beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem ao outro, sendo uma obrigação de qualquer profissional de saúde, por diversos meios e estratégias, intervir com o propósito de obter o bem-estar do doente e seus familiares. Desde a altura de Hipócrates que este princípio esteve associado ao paternalismo (Nunes, 2008). Este princípio é fulcral para que se cuide da pessoa doente na sua globalidade.

O princípio da não-maleficência implica não causar danos, em não fazer o mal. Deste modo, os profissionais de saúde têm o dever de não submeterem os doentes a sofrimento desproporcionado que conduz a poucos ou nenhuns benefícios.

O princípio da autonomia refere-se à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe, ou seja, implica a valorização das opiniões e escolhas do doente consoante os seus valores, crenças e desejos, desde que estas não sejam prejudiciais para outras pessoas. Sendo assim, a autonomia pressupõe a escolha livre do doente sobre a aceitação ou recusa de uma intervenção em si próprio, por isso, a informação deve anteceder as escolhas para que estas possam ser livres e esclarecidas, pois os doentes têm direito ao consentimento livre e esclarecido, antes de qualquer intervenção ou tratamento. Partilhando a mesma opinião de Querido, Salazar e Neto (2010, p.463), “um dos principais problemas na prática dos Cuidados Paliativos é determinar se informamos ou não o doente e como se irá desenvolver a comunicação (...) a informação é apenas uma parte da comunicação e envolve habitualmente um grande dilema: informar ou não, de toda a verdade, o doente”.

No âmbito dos Cuidados Paliativos, a comunicação da verdade é algo indispensável para criar um ambiente no qual a pessoa possa expor livremente os seus sentimentos e vontades, de modo a poder continuar a sentir-se protagonista da sua vida durante o tempo que lhe resta viver. Como tal, a possibilidade de tomar decisões diversas, a partir da verdade sobre a sua situação, pode levar a uma maior tranquilidade nos últimos momentos da sua vida.

Todavia, a verdade não deve ser dita de uma forma abrupta, mas sim de acordo com as necessidades de informação, expectativas e preocupações do doente e família. Esta deve ser “dada em colheres de café” de acordo com a sua capacidade de interiorizar, de receber e suportar e deve ser dada ao ritmo e circunstância de cada pessoa.

Contudo, a transmissão da verdade não deve deixar a pessoa sem esperança. “Dar a conhecer uma verdade dolorosa não significa destruir a esperança. A esperança na recuperação é substituída por uma esperança alternativa” (Twycross, 2003, p.33). Mesmo quando uma pessoa está próxima da morte esta pode ter a esperança de não morrer sozinha ou de ter uma morte tranquila (Twycross, 2003).

É dever dos profissionais de saúde informar, oferecer alternativas terapêuticas, explicar os seus riscos e benefícios, certificar-se que os pacientes e família perceberam, claramente, todas as informações dadas e permitir a discussão aberta dos tratamentos em conjunto com o doente e sua família. Como tal, “os cuidados têm de fazer sentido para quem os presta e para aquele a quem são prestados” (Nunes, 2008, p.48).

O princípio da justiça “salienta que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças” (Nunes, 2008, p.44). Deste modo, este princípio consiste na igualdade de acesso aos cuidados de saúde, estabelecendo limites éticos em relação à autonomia da pessoa, na medida em que qualquer ato ou decisão que o doente possa tomar, não pode prejudicar, nem provocar qualquer dano a outros. Neste princípio ressalta que mesmo aqueles que não tenham perspectiva de cura não devem ser encarados como uma prioridade menor.

É fundamental ouvir o que cada doente e sua família têm para dizer, o que permite implementar cuidados verdadeiramente holísticos: não intrusivos, não manipulativos e não ameaçando a integridade do doente.

4. ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

As sociedades atuais têm vindo a ser profundamente marcadas pelo envelhecimento geral da população. O avanço dos conhecimentos na medicina bem como os avanços tecnológicos permitem uma enorme adaptação à vida, face a situações que até então eram fatais, assim o prolongamento da vida de pessoas com doenças crónicas produz um aumento significativo das necessidades da população idosa (Trincadeiro [et. al], 2009).

Esta situação associada à mudança da estrutura familiar evidente na sociedade gera novas necessidades de saúde e sociais, requerendo respostas diversificadas que satisfaçam a procura de cuidados de saúde por parte de pessoas idosas com dependência funcional, pessoas com patologia crónica e pessoas com doenças incuráveis e em fase final de vida (Rodrigues, 2009). A RNCCI de Saúde e Apoio Social, criada pelo Decreto-Lei nº101/2006, assume isso como objetivo.

Antes privilegiava-se o morrer em casa. A morte era esperada no leito, e era autorizada pela presença de parentes, vizinhos, amigos e até crianças, era algo que se vivia no seio familiar. Depois e com os avanços da medicina, os internamentos em fim de vida foram ganhando terreno e o número de pessoas a falecer em instituições aumentou significativamente. O sentimento é oposto, escondido e envergonhado.

Com esta nova filosofia pretende-se que voltemos a morrer em casa com conforto sem dor e com acompanhamento psicológico e médico. O que agora é considerada a “boa morte” é a que antigamente era temida, a morte repentina. Importa referir que para os doentes “boa morte” significa, não ser prolongado o processo de morrer, ter a dor e os outros sintomas controlados, não ser um fardo para os outros, poder controlar as decisões, poder reforçar as relações com as pessoas próximas e estar acompanhado.

Os fatores que também contribuíram para este fenómeno de morrer no hospital foram a diminuição do número dos elementos da familiar, agregados familiares menos numerosos, o aumento da industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho, condicionaram muito o tipo de apoio aos doentes crónicos.

Toda esta evolução técnica leva a um maior número de internamentos em unidades hospitalares, pela impossibilidade de serem utilizadas nas casas dos doentes devido à sua complexidade, dando origem a uma morte que deixa de ser em casa e passa a ser numa instituição. Como consequência desta evolução temos um envelhecimento demográfico da sociedade contemporânea, o aumento do número de doenças crónicas como neoplasias e VIH Sida.

4.1. Orientações para o Desenvolvimento de Programas em Cuidados Paliativos

O Movimento Internacional dos Cuidados Paliativos, cit. por Neto (2006), recomenda uma atitude de total empenho na valorização do sofrimento e da qualidade de vida, com o objetivo de cuidar de forma ativa e organizada, numa perspetiva multidisciplinar que unifica a família e do doente, os profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, as parcerias com voluntários preparados e dedicados bem como a própria comunidade. Este movimento destaca-se essencialmente por chamar “a atenção para a necessidade de cuidados rigorosos, científicos e de qualidade a um grupo cada vez mais numeroso de pessoas que frequentemente eram encaradas como doentes a quem já nada havia nada a fazer” (Neto, 2006, p. 20).

Na Declaração da Coreia (2005) pode ler-se que “é imperativo que todos os governos subsidiem e desenvolvam planos de ação para apoiar as áreas de prevenção, do tratamento e dos cuidados paliativos”.

Também o Conselho da Europa afirma que existem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano, a ser apoiado e assistido na fase final da vida, e aconselha, maior cuidado com as condições de vida dos doentes que sofrem, nomeadamente na prevenção da sua solidão e do sofrimento.

O modelo organizacional adotado deverá ser flexível, de forma a permitir a interação das várias valências cuidadoras e de diferentes grupos profissionais. A equipa multidisciplinar deve ser constituída principalmente por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, e que cada um deles faça parte integrante da equipa. Esta equipa deve ser capaz de identificar o papel e a importância de cada um deles no seio da mesma para a complementaridade de cuidados, não descurando o papel dos voluntários e da família. Os sistemas de suporte e educação à família e cuidador deviam ser mais explorados de forma a fornecer uma rede eficaz de cuidados direcionados para a formação e apoio.

Em Portugal existem documentos legais, que fundamentam a organização dos Cuidados Paliativos, nomeadamente em 2001, o Plano Oncológico Nacional (2001-2005) prescreve a prestação de Cuidados Paliativos, sendo um dos seus objetivos é dar continuidade aos Cuidados Paliativos na fase terminal da doença, planeando a sua distribuição geográfica pelo território nacional, de modo a chegarem o mais perto possível da residência dos doentes necessitados. Em 2003 é aprovada a Rede de Cuidados Continuados de Saúde através do Decreto-Lei Nº 281 de 8 de Novembro, que visa garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre todas as redes de cuidados de saúde, nos setores primários e hospitalares.

O PNS 2004 - 2010 define intervenções necessárias e estratégias na organização dos Cuidados Paliativos. Define ainda que se devem planear e estabelecer unidades de internamento e domiciliárias estruturadas para a prestação de Cuidados Paliativos em parceria com as sociedades científica e civil. As necessidades dos profissionais de saúde deverão ser equacionadas com programas de formação a enquadrar no contexto do exercício.

O PNCP surge integrado no PNS 2004 - 2010 e considera que os Cuidados Paliativos sejam reconhecidos como um foco fundamental dos cuidados de saúde que requer apoio de equipas qualificadas, uma necessidade de saúde pública, um imperativo ético que promove os direitos fundamentais e uma obrigação social. Este programa inclui o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade. Os Cuidados Paliativos que afirmam a vida e encaram a morte como processo inerente a esta e encaram a doença como causadora dum sofrimento que se deve minorar.

Conforme já mencionado, a RNCCI inclui os Cuidados Paliativos, de acompanhamento e de apoio no fim de vida, como uma resposta organizada de forma a fazer face às necessidades do indivíduo com dependência funcional, do doente com patologia crónica múltipla e das pessoas com doença avançada incurável e em fase final de vida.

Um dos objetivos da RNCCI é retirar dos hospitais as pessoas idosas e/ou dependentes, que não necessitam de cuidados altamente especializados, tendo por base numa tipologia de respostas adequadas a cada caso.

A prestação de cuidados é baseada num Plano Individual de Intervenção (PII) que consiste em definir problemas existentes, traçando atividades que levem a atingir os objetivos propostos durante o período de internamento e no cumprimento de objetivos definidos para cada caso específico em função das necessidades de saúde e grau de dependência de cada pessoa. Realizamos de forma a simplificar a descrição dos problemas, objetivos/metast, prazos e atividades/intervenções, um “modelo” de PII (Apêndice 1) em que os elementos da equipa multidisciplinar simplesmente tem que selecionar o que se verifica para o doente em questão. O PII é feito informaticamente em documento de “Word” e posteriormente impresso e anexado ao processo clínico do doente, fazendo as respetivas avaliações aos problemas encontrados num outro documento, a Grelha de Avaliação dos PII (Apêndice 2), que da mesma forma, após preenchimento correspondente a cinco datas de avaliação, é impresso e anexado ao

respetivo processo. O objetivo é a uniformização da linguagem utilizada, bem como a facilidade e rapidez de registo.

A prestação de cuidados continuados integrados pode ser assegurada por diferentes tipos de serviços. A RNCCI inclui as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias e é constituída por sete tipologias mediante as necessidades dos doentes, e que são:

- **Unidade de Convalescença (UC)** - têm por finalidade a estabilização clínica e funcional e a reabilitação da pessoa com perda de autonomia transitória, num período de até 30 dias consecutivos por cada admissão;
- **UCCIMDR** - tem por finalidade a prestação de cuidados para estabilização da situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de uma patologia crónica ou com perda transitória de autonomia, num período entre 30 e 90 dias consecutivos, por cada admissão;
- **UCCILDM** - tem por finalidade a prestação de cuidados de saúde e apoio social de carácter temporário ou permanente a pessoas com doença ou processo crónico de dependência, com diferente grau de dependência que não possuam condições de ser cuidadas no domicílio, por um tempo previsível superior a 90 dias consecutivos, a fim de retardar o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida;
- **UCP** - tal como já mencionado anteriormente, tem como finalidade a prestação de cuidados em situação clínica severa, decorrente de doença incurável e progressiva e que necessitem de cuidados paliativos;
- **Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA)** - tem por finalidade prestação de cuidados em regime ambulatório a pessoas que se encontram no domicílio, com diferentes patologias e diferentes níveis de dependência;
- **ECCI** - pode ser de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e ações paliativas, com a finalidade de prestação de cuidados em regime de ambulatório a pessoas com diferentes patologias e nível de dependência ou doença terminal cuja situação de saúde não requer internamento;
- **ECSCP** - tem como finalidade o apoio e aconselhamento em Cuidados Paliativos às equipas de cuidados integrados, unidades de média e longa duração, por uma equipa com formação em cuidados paliativos.

Perante isto é de fácil entendimento que a situação de fim de vida é um acontecimento frequente nas UCCILDM, tipologia de unidade que mais se aproxima da UCP na inexistência de vagas que possibilitem a prestação de cuidados a doentes apesar de

previsto na legislação o apoio das equipas de Cuidados Paliativos a estas unidades, não sendo ainda uma realidade.

4.2. Modelos Organizacionais em Cuidados Paliativos

Como já mencionado anteriormente, os Cuidados Paliativos surgiram há muitos séculos, mas foi na década de 60, no Reino Unido que começam a surgir as UCP propriamente ditas, onde a abordagem do cuidar não era fragmentada, proporcionando assim a investigação da qualidade de vida dos doentes crónicos.

Ao longo da última década, em Portugal, embora de forma muito lenta, temos vindo a presenciar a uma evolução nos modelos organizacionais de Cuidados Paliativos. A organização de recursos em Cuidados Paliativos é ainda escassa, no entanto a nível internacional, mais especificamente nos países onde os Cuidados Paliativos se desenvolveram de forma mais significativa nas últimas décadas, calcula-se em cerca de 1.000 doentes por 1.000.000 de habitantes/ano necessitem de Cuidados Paliativos diferenciados.

A legislação em vigor menciona um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, que vão de encontro ao aconselhado sobre o cuidar numa visão global, com a sua multiplicidade de problemas e que, para melhor os resolver, é fundamental uma abordagem multidisciplinar onde a recuperação, a reabilitação, a reinserção social e familiar são parceiros para um cuidar de qualidade.

O PNCP (2004) considera os beneficiários deste tipo específico de cuidados, os doentes que não tenham perspetiva de cura, que apresentem rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada, com sofrimento intenso e necessidades de apoio específico, organizado e interdisciplinar. Barbosa (2006) defende que no contexto de cuidados a doentes crónicos (como é também o caso dos doentes em Cuidados Paliativos) a classificação por diagnósticos não reflete habitualmente o objetivo desses mesmos cuidados: não a cura, mas sim uma mudança no estado funcional e/ou uma melhoria da qualidade de vida. É assim por isso importante diferenciar o conceito de doente terminal e o de doente paliativo, porque habitualmente no seio dos profissionais de saúde esta distinção não existe.

Assim podemos passar a apresentar os vários modelos de prestação de cuidados e tipologia de doentes.

- **Modelos de Prestação de Cuidados e Tipologia de Doentes**

Os modelos de prestação de cuidados definidos nesta área são: obstinação terapêutica; abandono; separado; integrado e cooperativo com intervenção nas crises. Estes modelos podem ser aplicados tanto exclusivamente como em alternância. Segundo Gómez-Batiste, Porta, Tuca & Stjernsward (2005), podemos defini-los da seguinte forma:

No Modelo de Obstinação Terapêutica têm predominância os objetivos puramente curativos, desde o momento do diagnóstico até à morte, em que as respostas ao tratamento são escassas. Este tipo de intervenção acarreta grandes custos para o doente, família e equipa de saúde, porque há uma contínua recorrência aos serviços de saúde, a urgências hospitalares, e muitas vezes o controlo sintomático é uma das intervenções consideradas como secundária. A adoção deste modelo de intervenção, muitas vezes, está relacionada com a falta de formação no âmbito dos Cuidados Paliativos ou a falta de acessibilidade aos mesmos. Segundo a Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro (LBCP), A obstinação terapêutica “constitui má prática clínica e infração disciplinar, nos termos da legislação geral e deontológica aplicável”.

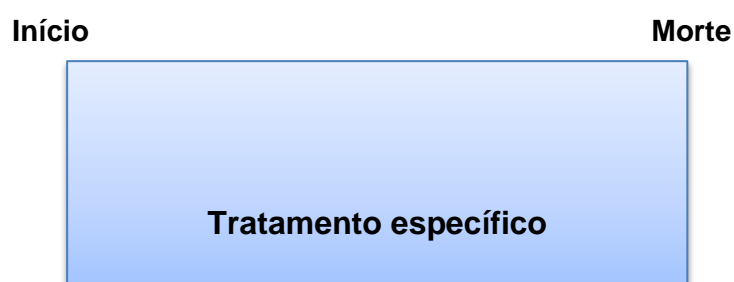


Figura 2 – Modelo de Obstinação Terapêutica
Adaptado de: Gómez-Batiste, Porta, Tuca & Stjernsward (2005)

O Modelo de Abandono é muito usado nos serviços de saúde, e exprime-se por períodos intensos de tratamentos de carácter curativo, sem conduzir à resposta esperada por parte do doente. Este modelo pode originar no doente e na família sentimentos de impotência e frustração, levando ao recurso exagerado do serviço de urgência.

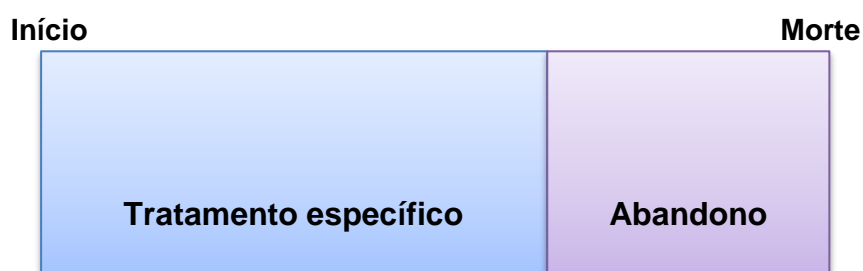


Figura 3 – Modelo de Abandono
Adaptado de: Gómez-Batiste, Porta, Tuca & Stjernsward (2005)

O Modelo Separado consiste num modelo de intervenção que assinalou uma evolução importante, pois passou a existir uma intervenção específica de Cuidados Paliativos, apesar de esta ser de curta duração (dias a semanas). As duas formas de intervenção aparecem de forma dicotómica e sem nenhuma ligação entre ambas e o doente/família beneficiam de intervenção paliativa tardiamente.

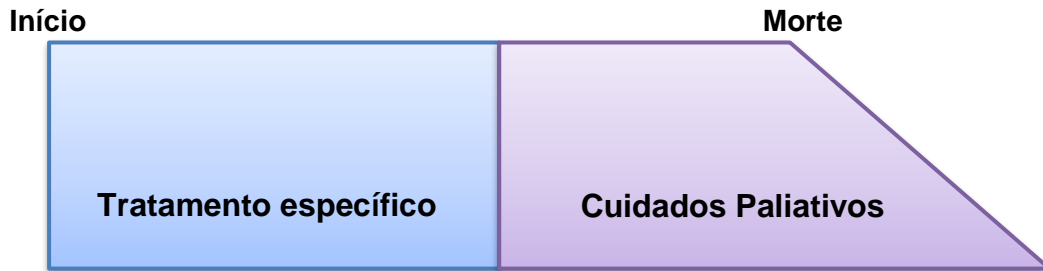


Figura 4 – Modelo Separado
Adaptado de: Gómez-Batiste, Porta, Tuca & Stjernsward (2005)

O Modelo Integrado refere que coexistem duas formas de intervenção, a curativa e a paliativa, mas conforme as necessidades progridem, há maior responsabilidade em cada intervenção. No diagnóstico o aspeto curativo assume uma maior importância, mas acaba por ir diminuindo conforme a resposta ao tratamento específico, oscilando de acordo com vários fatores, por exemplo, a história natural da doença, a resposta do doente ao tratamento, entre outras.

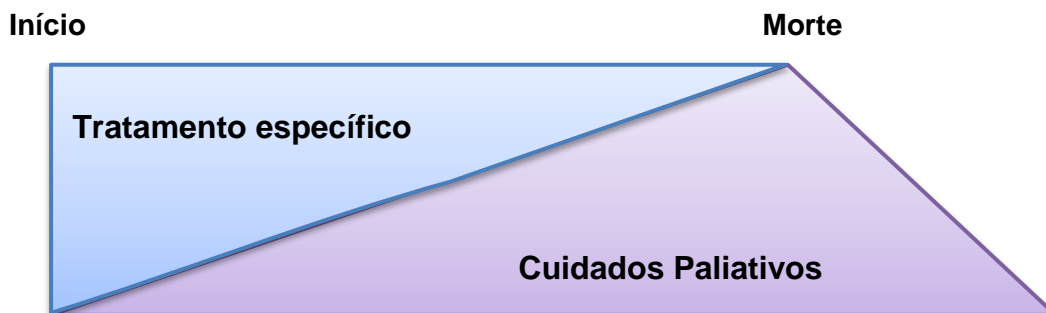


Figura 5 – Modelo Integrado
Adaptado de: Gómez-Batiste, Porta, Tuca & Stjernsward (2005)

O Modelo Cooperativo com Intervenção nas Crises, quase como uma filosofia muito própria, pois nos Cuidados Paliativos a melhoria da qualidade é um imperativo de intervenção. Nesse contexto os modelos de intervenção deverão procurar sempre o alívio do sofrimento dos doentes e suas famílias, e constante promoção da melhoria da qualidade de vida.

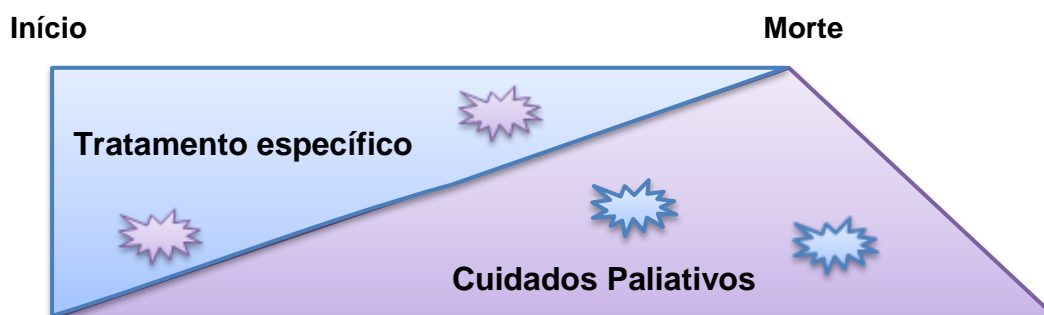


Figura 6 – Modelo Cooperativo com Intervenção nas Crises
Adaptado de: Gómez-Batiste, Porta, Tuca & Stjernsward (2005)

No contexto atual do nosso País sobre esta temática, o PNCP (2004) descreve várias entidades e níveis de prestação de cuidados, conforme mencionado anteriormente.

Tal como defendem Capelas e Neto (2006), estes recursos deverão estar devidamente articulados de forma a promover um “continuum” de cuidados.

4.3. Critérios de Qualidade para um Programa de Cuidados Paliativos

A Qualidade em Saúde é condição necessária para que se estabeleça a confiança necessária num sistema de cuidados, de forma que os utentes do serviço de saúde esperam receber cuidados individualizados e prestados por profissionais qualificados. Os programas de garantia da qualidade provocam mudanças nas práticas, assim e nesse sentido, a qualidade dos cuidados tornou-se uma preocupação dos responsáveis políticos, dos gestores dos serviços de saúde, dos prestadores e dos consumidores dos cuidados.

De acordo com os objetivos dos Cuidados Paliativos, os serviços tem a responsabilidade de garantir a prestação de cuidados de qualidade, indo de encontro às necessidades dos doentes, famílias e dos profissionais de saúde que destes cuidam.

É necessário definir, num plano de avaliação da qualidade, o que se entende por qualidade de cuidados prestados ao:

- Doente/família - tendo em consideração indicadores como o sexo, idade, classe social, estado de saúde e o meio em que os cuidados são desenvolvidos;
- Profissionais de saúde - segundo a sua área de especialidade, idade, dotação de pessoal e tipo de instituição;
- Gestores e ao público em geral.

Devem também ser considerados os efeitos psicossociais dos cuidados, a satisfação do doente e a sua participação na tomada de decisão e a satisfação dos prestadores de cuidados. A carga psicológica suportada pelos profissionais de saúde deve ser um aspeto a ter em conta não no imediato neste caso específico da nossa unidade, mas quando a unidade estiver numa fase de mais maturidade, pois é um dos aspetos que a organização de serviços de Cuidados Paliativos, considerar e apostar através da realização de estudos. A divulgação dos resultados obtidos é outro aspeto importante da avaliação de qualidade, os quais devem ser divulgados aos profissionais e cuidadores informais de cuidados. A estrutura, o processo e os resultados são aspetos importantes num programa de qualidade:

A estrutura - refere-se recursos materiais, humanos e metodológicos, como a documentação e protocolos sendo o mais importante na estrutura de uma equipa, a sua formação;

O processo - reporta-se a todas as atividades que realizamos quer junto dos doentes quer na própria equipa multidisciplinar;

Os resultados - podem ser analisados em aspetos relacionados com:

- A clínica - controle da dor ou redução da ansiedade;
- A descrição quantitativa da atividade - o número de altas, mortalidade, taxa de ocupação, demora média; as características dos doentes, a idade média, o prognóstico, complexidade, diagnóstico;
- Os resultados económicos - como o custo por estadia, por atividade ou por processo.

Gómez-Batiste (2005) refere que para um serviço ser considerado de qualidade é necessário que tenha determinados elementos como: competência, efetividade, eficácia, eficiência, adequação/oportunidade, acessibilidade, satisfação, privacidade, participação, continuidade, segurança, equidade, cobertura e adaptação ao meio.

A qualidade dos cuidados prestados em Cuidados Paliativos pode depender de uma exata avaliação das necessidades do doente/família. Estas devem ser avaliadas na admissão do doente e posteriormente de forma periódica, permitindo um plano terapêutico individualizado e sempre atual. A ANCP/APCP (2006) define nos critérios 1, 2 e 3 que a avaliação das necessidades além de obrigatória tem quer ser registada no processo do doente, tal como o seu grau de dependência. Esta avaliação a efetuar pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o doente/família, deverá ter um plano de

cuidados, com objetivos terapêuticos bem definidos de forma sistemática e periódica, pela equipa multidisciplinar.

Nos critérios 4, 5, 6, 7 e 8, preconiza a definição de um plano de apoio às necessidades do cuidador. Preconiza também que deve ser efetuada a avaliação, reavaliação e o consequente registo da intensidade dos sintomas e a existência de um plano fármaco-terapêutico, na posse de cada doente e família, para que este possa conhecer o seu plano terapêutico.

Em Cuidados Paliativos, deverá ser identificado o cuidador, no início do processo assistencial do doente/família, para que este seja interlocutor com a restante família além de prestador de cuidados informais. A comunicação entre a família/doente e equipa multidisciplinar deve ser eficaz, a equipa deve promover espaços para expressão de emoções, dúvidas e inquietações que possam surgir, como situações de stress existentes na família, processo de luto, casos de risco de luto patológico, tal como sugerido nos critérios 9,10,11,12,13,14,15 e 16.

Também é recomendado a existência de um guia de acolhimento do serviço, onde constem os horários de visitas, no período das 24 horas. Outro aspeto não menos importante é o consentimento informado e o termo de aceitação.

Em Cuidados Paliativos é necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar para dar resposta às necessidades globais do doente/família. Neste contexto deve ser nomeado um Gestor de Caso, membro da equipa multidisciplinar que independentemente da sua categoria profissional, coordena e executa o plano terapêutico e dá apoio ao doente/família.

A criação de protocolos de intervenção uniformiza os cuidados prestados, como refere a ANCP/APCP nos critérios de qualidade 18,19, 20 e 21.

No critério 22 sugerem que devem ser criadas metodologias formais de prevenção do burnout.

A ANCP/APCP recomenda que todos os membros de uma equipa de Cuidados Paliativos deverão ter formação básica em Cuidados Paliativos e idealmente 50% dos elementos possuam formação de nível intermédio/avançado.

Neste âmbito devem ser elaborados planos de formação anuais de acordo com as necessidades de cada elemento da equipa.

Tal com é definido nos critérios 23 e 24, as equipas de Cuidados Paliativos devem fazer avaliação da eficácia, efetividade, eficiência e custo-benefício das suas intervenções,

utilizando uma metodologia de investigação, de modo a permitir a utilização racional dos recursos e a proporcionar a máxima qualidade dos cuidados. E não menos importante para as práticas e qualidade dos cuidados é o estabelecimento de um plano de investigação, conforme o nível de diferenciação do recurso, como preconizado no critério 25.

Os critérios 26 e 27 estabelecem que a continuidade de cuidados deve ser assegurada pelo estabelecimento de protocolos de articulação entre os recursos existentes nas áreas de prestação de cuidados. O doente deve fazer-se acompanhar de informação, elemento importante na continuidade de cuidados, no caso de transferências entre instituições/equipas.

O critério 28 preconiza que quando existam equipas de Cuidados Paliativos domiciliários devem existir protocolos de articulação com a unidade de internamento.

A grande maioria dos países europeus encetou várias iniciativas na área da qualidade e segurança do doente pelo que recomendam o reforço da prevenção e criação de sistemas de avaliação da qualidade em saúde (Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (2008)). Desde a implementação de um recurso específico de Cuidados Paliativos é necessário aplicar os respetivos indicadores de avaliação da qualidade à sua própria realidade. Os processos de avaliação da qualidade englobam os sistemas de registo, de informação e melhoria de qualidade. Uma das áreas de melhoria é a informação sobre os doentes, pelo que o processo clínico deve ser interdisciplinar, deve incluir registos de todos os elementos que compõem a equipa multidisciplinar de acordo com a especificidade de cada um como se preconiza no critério 29.

As equipas de Cuidados Paliativos devem possuir um sistema de informatização de registos, dispondo de escalas para a avaliação de sintomas e avaliação da qualidade de vida. Também deverá ser feita uma autoavaliação da equipa através de um sistema de avaliação das suas atividades e resultados, para se poder corrigir deficiências e ou resolver necessidades, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de cuidados, como descrito no critério 30 e 31. A melhoria da qualidade dos cuidados passa pela auto monitorização e auto avaliação da própria equipa, tendo em vista a identificação dos aspetos positivos e negativos da sua intervenção. É necessário o estabelecimento de um processo sistematizado e regular que permita aos elementos da equipa falarem sobre o trabalho efetuado e resultados obtidos conforme o critério 32.

CAPITULO 2

CONCRETIZANDO UM PROJETO: DO DIAGNÓSTICO À PLANIFICAÇÃO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DE UM PROJETO DE CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS EM VIANA DO CASTELO

1. CONCRETIZAÇÃO DA METODOLOGIA DO PROJETO

A concretização de projetos é essencial para perseguir os objetivos concretos.

Este projeto tem como meta a implementação de uma UCP, em que o seu principal objetivo é dar resposta às necessidades dos doentes sem perspetiva de cura e suas famílias em Viana do Castelo visando a melhoria da qualidade de vida e consequentemente minimizando o sofrimento.

O Trabalho de Projeto é definido como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Ferrito, 2010, p.3). Assim, o significado e objetivo do Trabalho de Projeto, teve uma evolução histórica, no qual nos enquadra atualmente num conceito de intencionalidade e aplicação de uma série de ações com um propósito de se “projetar” a onde se quer chegar (Ferrito, 2010).

As razões que serviram de base a este Trabalho Projeto são várias, no entanto vamos destacar aquelas que foram cruciais para o levar a cabo:

No serviço onde desempenhamos funções há 2 anos (chefe de equipa e diretor técnico), conhecendo a sua realidade e as suas necessidades, somos constantemente abordados e confrontados com doentes portadores de doenças progressivas, evolutivas e terminais em sofrimento intenso, com grau de dependência elevado. Outra das razões a destacar é o facto do distrito de Viana do Castelo não possuir nenhuma UCP, e deste modo as pessoas que necessitam destes cuidados e para que possam usufruir deles, terão que se deslocar no mínimo cerca de 40 km da Cidade de Viana do Castelo para a UCP mais próxima que se encontra situada na Póvoa de Varzim, tornando assim extremamente dispendioso a deslocação para os cuidadores/famíliares que pretendam acompanhar o seu ente querido nos últimos dias de sua vida. Mais se salienta que Viana do Castelo é uma cidade costeira, capital de distrito na qual não existe nenhum equipamento, público ou privado, dirigido à satisfação das necessidades desta tipologia de doentes, e onde se tem verificado um aumento dos problemas sociais, de desemprego e de população carenciada, particularmente oriunda de minorias étnicas.

Também ao depararmo-nos com o processo de morrer e a morte, impele-nos sempre à reflexão porque a obrigatoriedade de manter a vida a qualquer preço que nem sempre serve o bem do doente? Refere Saramago (2005, p.13)

no dia seguinte ninguém morreu. O facto, por absolutamente contrário às normas da vida, causou nos espíritos uma perturbação enorme, efeito em todos os aspetos justificado, basta

que nos lembremos de que não havia notícia nos quarenta volumes da história universal, nem ao menos um caso para amostra, de ter alguma vez ocorrido fenómeno semelhante, passar-se um dia completo, com todas as suas pródigas vinte e quatro horas, contadas entre diurnas e noturnas, matutinas e vespertinas, sem que tivesse sucedido um falecimento por doença, uma queda mortal, um suicídio levado a bom fim, nada de nada, pela palavra nada.

De facto, entendemos que os cuidados aos doentes sem perspectiva de cura, devem consistir essencialmente em cuidados ativos prestados por uma equipa multi e interdisciplinar permitindo ao doente morrer com dignidade. Assim, “torna-se necessária uma mudança de mentalidades dos profissionais de saúde no sentido de reconhecerem que o objetivo dos cuidados de saúde nem sempre pode ser o de curar o que, no caso específico dos doentes em fase terminal já não tem qualquer sentido” (Pacheco, 2014, p.65).

Este Projeto tem como meta, a implementação de uma UCP, em que o seu principal objetivo é solucionar vários problemas, baseado numa análise de necessidades. O seu desenvolvimento é o resultado das razões atrás evocadas onde se pretende que seja implementado e dos pressupostos teóricos que realçam esta necessidade. A criação de algo novo, num edifício já implantado e com possibilidades de grandes sinergias com as restantes valências da Instituição, com a dinamização do pessoal já existente, em que só os recursos humanos de prestação direta de cuidados terão que ser admitidos, bem como a adaptação do espaço físico onde serão localizados os quartos e as áreas de trabalho de enfermagem, aproveitando todas as restantes áreas como veremos mais à frente.

Consideramos ainda, que a fase de planeamento é um processo contínuo e dinâmico, não sendo uma etapa inteiramente concluída visto que a etapa que se segue permite voltar atrás nas decisões tomadas após recolha de mais informação. É nesta fase que serão estabelecidos todos os caminhos a serem seguidos durante a sua execução, bem como os meios para que possam ser atingidos, acompanhadas da respetiva planificação.

Imperator & Giraldes (1986) referem que a especificação pormenorizada das atividades consiste essencialmente em definir os resultados a obter com o projeto, preparar uma lista das atividades, determinar as necessidades em recursos e estabelecer uma calendarização da execução.

Assim, para que possa levar a cabo a metodologia proposta, é necessário seguir as seguintes etapas orientadoras:

- Diagnóstico de Situação;

- Definição dos Objetivos;
- Planeamento;
- Execução;
- Avaliação;
- Divulgação dos Resultados (Relatório).

Iremos de seguida desenvolver cada uma delas de forma estruturada.

1.1. Diagnóstico de Situação

Nesta etapa de diagnóstico de situação, é a fase no Trabalho de Projeto que visa elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende trabalhar e mudar (Ferrito, 2010).

É efetivamente aquela fase que permite alcançar os objetivos estabelecidos de forma mais eficaz e eficiente, alcançando os resultados pretendidos.

É tempo de ajustar as respostas de saúde à nova realidade dos doentes com doenças incuráveis que necessitam de cuidados humanos, contribuindo também para um exercício de cidadania mais responsável.

Assim, passamos a realizar uma análise de situação numa área geográfica da região norte do país. No entanto, fazemos uma primeira alusão à realidade portuguesa de forma breve, concretizando-se a seguir uma análise da caracterização da população portuguesa, nomeadamente da área da região norte onde vai ser implementada a UCP. Procuramos ainda realizar a sistematização da análise da situação, com base num diagrama em formato espinha de peixe com o respetivo enquadramento, tendo sempre em mente a criação de uma UCP. Tratando-se de um projeto que visa a implementação de uma unidade prestadora de Cuidados Paliativos exige que seja realizado de forma eficaz e eficiente. Será assim, elaborada uma análise SWOT, facilitando a análise do posicionamento da organização, a definição das suas estratégias e a tomada de decisões por parte dos seus dirigentes. No seguimento proceder-se-á também, além do já referido, a uma análise da Instituição (CCD), das necessidades estruturais e dos recursos humanos.

1.1.1. Breve Alusão à Realidade Portuguesa

O envelhecimento populacional traz consigo um enorme desafio aos cuidados de saúde que consiste em encontrar respostas efetivas às necessidades das pessoas que enfrentam uma doença incurável. Este envelhecimento populacional que é mundial é um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do nosso século (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011). Este fenómeno, conforme já referido anteriormente, deve-se ao aumento da esperança média de vida e diminuição da taxa de natalidade.

Os dados da Eurostat (2014) demonstram que “Portugal é um dos países europeus com maior esperança média de vida”, sendo atualmente de 80,6 anos, ligeiramente acima dos 80,3 anos verificados a nível europeu. Este fenómeno tem impacto direto ao “nível sócio-económico, refletindo-se na necessidade de redefinição de políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida” (INE, 2011). Pretendendo contextualizar de forma mais clara a realidade portuguesa, apresentamos de seguida um gráfico (Gráfico 1) com a distribuição da população mundial por idade e sexo em 2011 e 2050. Neste gráfico pode-se verificar que para este período existe um discreto estreitamento da base e um acentuado alargamento do topo, mais intenso na população feminina.

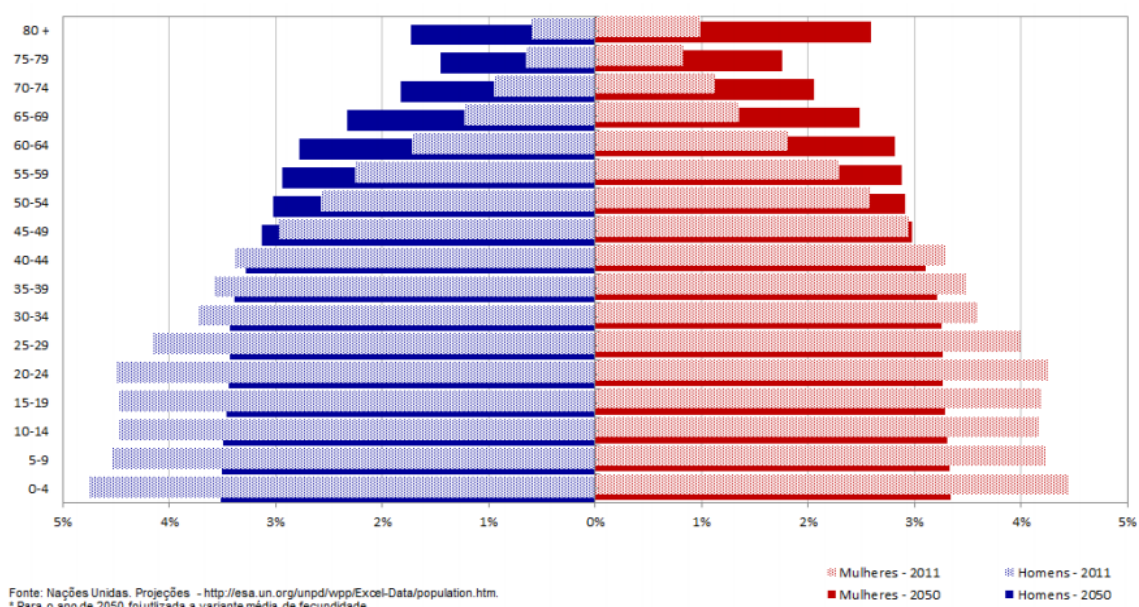


Gráfico 1 - Distribuição da população mundial por idade e sexo em 2011 e 2050
 Fonte: Nações Unidas. Projeções – <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>

Em Portugal, nos últimos 40 anos, a população com mais de 65 anos duplicou (Plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI), 2006-2008), representando, atualmente, cerca

de 17% do total da população. As projeções conhecidas relativamente à evolução da população nas próximas décadas indicam que em 2050 a população com 65 anos ou mais representará cerca de 32% do total da população. Em 2004, 21% da população portuguesa encontrava-se em risco de pobreza. Se apenas se considerar a população idosa essa taxa sobe para os 29% (PNAI, 2006-2008).

Assim, partindo destes dados, parece-nos importante referir que podemos constatar através da literatura que existe uma preocupação constante em pesquisar as implicações que este envelhecimento e consequentemente as pluropatologias, muitas delas incuráveis, acarreta nos cuidados de saúde quer hospitalares, quer domiciliárias, quer no próprio contexto familiar. Evidentemente que tudo isto significa que aumentará o número de pessoas a necessitar de um maior consumo de recursos e por conseguinte, uma mudança nos modelos de cuidar e uma mais e melhor coordenação entre os vários níveis de cuidados, de forma a uma maior eficiência e efetividade.

Devido às alterações na estrutura sócio-familiar, ou seja, as famílias hoje em dia são monoparenterais ou mais pequenas, sendo afetadas pelo aumento das migrações, do divórcio entre outros aspetos, existem provavelmente menos famílias capazes de disponibilizar tempo para providenciar apoio e cuidado aos seus ente queridos com necessidades de cuidados holísticos. Evidentemente que só por si, estas alterações verificadas na população, exigem a reorganização dos cuidados de saúde e sociais em termos de respostas quer na área da saúde quer na área social.

A população em Portugal encontra-se extremamente envelhecida, e com tendência a aumentar o número de idosos e consequentemente a necessidade de Cuidados Paliativos. Estes cuidados em Portugal são uma realidade recente, embora o estudo *Palliative care in the European Union*, refere que apesar de surgirem tardiamente em Portugal, eles encontram-se em processo de evolução acelerada (Martin-Moreno JM. [et. al.], 2008).

Em Portugal, a prática dos Cuidados Paliativos é ainda muito recente, com as primeiras iniciativas a surgirem apenas na década de noventa do século XX. Uma das primeiras iniciativas para a prática de Cuidados Paliativos no nosso país foi a criação das primeiras unidades de dor com camas de internamento, em 1992. Mais tarde surgiram outros serviços centrados na prestação de cuidados a doentes oncológicos, em instituições como o Instituto Português de Oncologia do Porto e de Coimbra. Em 1996 foi criada a primeira equipa domiciliária de cuidados continuados com prestação de Cuidados Paliativos, levada a cabo pelo centro de saúde (CS) de Odivelas. Ao longo dos tempos tem surgido legislação em prol dos Cuidados Paliativos, bem como, uma aposta no

marketing em Cuidados Paliativos. No entanto, existe ainda um longo caminho a percorrer para que os Cuidados Paliativos sejam uma oferta de cuidados a quem deles precisa.

Em 2012 em Portugal existiam, 22 equipas de Cuidados Paliativos, segundo a APCP (2012), às quais a RNCCI acrescenta mais 15 unidades, perfazendo 37. No entanto, destas 37 só 24 possuem internamento, no total de 262 camas de cobertura nacional. Podemos dizer que nada de significativo para as necessidades do país. Existem também em funcionamento, além das unidades de internamento, as EIHSCP, a consulta externa, a consulta telefónica, as ECCI, consultadoria a profissionais de saúde, consulta de apoio no luto e a prestação de Cuidados Paliativos pediátricos (esta referida pelo Hospital da Luz, em colaboração com o Serviço de Pediatria).

Salienta-se, que os Cuidados Paliativos foram identificados como uma área prioritária pelo PNS 2004-2010. O PNCP viria a ser escrito em 2004 e posteriormente ratificado em 2010. O seu sucesso tem vindo a ser reconhecido internacionalmente pela OMS, estabelecendo-se objetivos tais como: a existência de uma EIHSCP em cada hospital com mais de 250 camas (com posterior evolução para todos os hospitais do país); de uma ECSCP para uma área populacional de 140.000 a 200.000 habitantes, de acordo com os padrões estabelecidos (Tabela 1); e de rácios entre 80-100 camas por milhão de habitantes (50% na RNCCI, 30% em ambiente hospitalar fora da RNCCI e 20% em outras unidades da RNCCI que não as de cuidados paliativos) (DGS, 2010).

Área	Nº de habitantes	EIHSCP	ECSCP
Rural	< 100.000	1 mista	
Semi-urbana	100.000 - 300.000	1 mista	
Metropolitana	> 300.000	1/hospital	1/140.000

Tabela 1 - Rácios desejados no PNCP

A importância da formação diferenciada dos profissionais que trabalham no âmbito dos Cuidados Paliativos, tanto teórica como prática é salientada pelo PNCP. No entanto, segundo a UMCCI (2010), existem carências de formação nos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, embora até ao momento (2016) exista uma aposta evidente das escolas e instituições de saúde em proporcionar essa formação.

Prevê-se que 60 a 75% da população virá a falecer por doença crónica progressiva, que provavelmente incluirá um estado de doença avançada ou terminal. Assim, todo e qualquer esforço que se faça de forma a unir esforços, no sentido do desenvolvimento dos Cuidados Paliativos será de extrema importância (UMCCI, 2010).

Como já mencionado anteriormente, a RNCCI foi criada em 2006 pelos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e o Ministério da Saúde, sendo constituída por instituições públicas e privadas, com e sem fins lucrativos, onde se prestam cuidados continuados de saúde e apoio social, com o objetivo central de “prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” segundo Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho do Diário da República.

Neste momento, a RNCCI encontra-se na terceira e última fase de evolução, que se iniciou em 2013 e terminará em 2016, atingindo-se aí a plenitude de cobertura (UMCCI, 2009). No entanto, algumas alterações já foram surgindo com o encerramento da UCP do Instituto Português de Oncologia do Porto, o que nos leva a crer que alterações poderão ainda surgir por razões políticas e/ou económicas.

Conforme já referido anteriormente a LBCP foi decretada a 5 de setembro de 2012 e “consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos” e cria a RNCP tutelada pelo Ministério da Saúde. Com esta decisão, os Cuidados Paliativos conquistam maior notoriedade, sendo reconhecido o seu valor indubitavelmente, como prioridade na área da saúde, indo assim de encontro com o expresso por várias associações descritas na Carta de Praga (2014), onde se reafirma a eficácia dos Cuidados Paliativos no alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida, com um custo relativamente baixo e diminuição da necessidade de tratamentos caros e agressivos, declarando-os como um direito humano (AECP, Carta de Praga, 2014).

1.1.2. Caracterização do Distrito de Viana do Castelo - Dados Sócio Demográficos e Recursos

O distrito de Viana do Castelo pertence à região do Minho sendo o menor distrito português. Limita a norte com Espanha e a oeste com o Oceano Atlântico. Tem uma área total de 2 255 km² (INE, 2015). É constituído por 10 concelhos como podemos observar na figura que se segue:



Figura 7 – Mapa do distrito de Viana do Castelo

Fonte: <https://www.google.pt/search?q=mapa+distrito+viana+do+castelo&espv>

Segundo as estimativas provisórias de 2014 do INE, o distrito tem 239 069 habitantes. Reflete algumas assimetrias, que se verificam no acesso aos cuidados de saúde, com destaque particular para as populações residentes nas regiões do interior montanhoso dos concelhos de Melgaço, Monção e Paredes de Coura, em alguns casos a mais de 100 km do hospital distrital, a ULSAM.

Podemos observar na tabela que se segue a variação do número da população residente no distrito em 3 períodos distintos:

	População residente		
Anos	2001	2010	2014
Arcos de Valdevez	24 686	23 046	22 014
Caminha	17 055	16 778	16 333
Melgaço	9 971	9 301	8 737
Monção	19 925	19 343	18 731
Paredes de Coura	9 565	9 240	8 945
Ponte da Barca	12 866	12 149	11 704
Ponte de Lima	44 297	43 677	42 864
Valença	14 187	14 161	13 734
Viana do Castelo	88 645	89 031	86 932
Vila Nova de Cerveira	8 886	9 275	9 075

Tabela 2 - Dados populacionais do distrito de Viana do Castelo por concelho

Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

O concelho mais povoado do distrito de Viana do Castelo é o próprio concelho de Viana do Castelo (86 932 residentes), seguindo-se de Ponte de Lima (42 864 residentes) e Arcos de Valdevez (22 014 residentes). Os concelhos com menor densidade populacional são Vila Nova de Cerveira (9 075 residentes), Paredes de Coura (8 945 residentes) e por último o de Melgaço (8 737 residentes).

Podemos ainda verificar, que em todos os concelhos, exceto o de Viana do Castelo e de Vila Nova de Cerveira, existiu um decréscimo populacional desde 2001 até à atualidade.

Relativamente à população idosa residente nos concelhos de Viana do Castelo, o seu Índice de Envelhecimento (tabela 3), também designado por "Índice de Vitalidade" e que consiste na relação entre a população idosa e a população jovem, habitualmente definido como o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, demonstra claramente um aumento significativo em todos os concelhos. Este índice é geralmente expresso em percentagem (por 100 pessoas com idades entre os 0 aos 14 anos) (Portal de Saúde Pública, 2008).

Anos	Índice de Envelhecimento		
	2001	2010	2014
Arcos de Valdevez	208,1	264,1	291,5
Caminha	138,1	176,4	200,9
Melgaço	297,4	380,4	407,0
Monção	209,7	253,7	277,2
Paredes de Coura	204,6	211,8	230,7
Ponte da Barca	128,2	176,2	196,2
Ponte de Lima	93,1	122,1	141,5
Valença	144,1	162,2	183,7
Viana do Castelo	101,1	129,8	154,7
Vila Nova de Cerveira	150,2	155,8	173,9

Tabela 3 - Índice de Envelhecimento no distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Associado ao aumento do Índice de Envelhecimento populacional, temos as doenças crónicas e que são um dos motivos das causas de morte mais frequentes no distrito de Viana do Castelo como iremos ver mais à frente nas tabelas 7 e 8.

O Índice de Dependência Total consiste na relação entre a população jovem e idosa, e a população em idade ativa. Habitualmente definido como o quociente entre o somatório de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e o número de pessoas com idades compreendidas entre os

15 e os 64 anos. Geralmente é expresso em percentagem por 100 pessoas com 15-64 anos (Portal de Saúde Pública). Após análise da tabela, podemos verificar que o Índice de Dependência Total tem vindo a aumentar ao longo dos anos, com exceções no concelho de Ponte da Barca e de Ponte de Lima.

Apesar de se verificar um claro aumento da esperança média de vida, na sua grande maioria a população idosa apresenta um grau de dependência cada vez maior que, indiscutivelmente, implica uma menor qualidade de vida com um aumento da dificuldade em realizar as suas AVD's. Deste modo, o envelhecimento da população e consequentemente o aumento das doenças crónicas e uma maior dependência, exige que os cuidados de saúde adotem novas filosofias de cuidar, como os Cuidados Paliativos, e por isso emerge a necessidade da implementação de mais unidades de Cuidados Paliativos. Na tabela que se segue pode-se verificar o Índice de Dependência Total encontrado para os vários concelhos do distrito:

	Índice de Dependência Total		
Anos	2001	2010	2014
Arcos de Valdevez	66,0	72,5	74,1
Caminha	53,9	53,1	55,3
Melgaço	69,8	81,5	84,5
Monção	58,6	63,1	63,3
Paredes de Coura	61,4	63,6	65,6
Ponte da Barca	59,8	58,4	56,6
Ponte de Lima	54,3	53,6	52,9
Valença	54,9	54,1	54,9
Viana do Castelo	47,5	49,2	50,4
Vila Nova de Cerveira	57,7	54,7	55,4

Tabela 4 - Índice de Dependência Total no distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

No que respeita à população idosa (+65 anos), o maior número regista-se em Viana do Castelo (17 686 idosos). De notar que neste grupo etário, nem sempre se verifica um aumento do número de residentes por concelho, havendo mesmo períodos em que os números oscilaram. Salienta-se, que de um modo geral, os residentes desde 2010 aumentaram num total de 56 262 o que corresponde a 23,5% dos residentes do distrito. Assim, equivale a quase um quarto da população do distrito. Seguindo a mesma linha de pensamento podemos analisar que nos restantes concelhos temos:

	População com 65+		
Anos	2001	2010	2014
Arcos de Valdevez	6 632	7 027	6 976
Caminha	3 464	3 714	3 884
Melgaço	3 068	3 308	3 212
Monção	4 987	5 367	5 337
Paredes de Coura	2 444	2 440	2 472
Ponte da Barca	2 706	2 859	2 803
Ponte de Lima	7 518	8 378	8 685
Valença	2 969	3 077	3 152
Viana do Castelo	14 356	16 588	17 686
Vila Nova de Cerveira	1 953	1 998	2 055

Tabela 5 - População idosa (+65 anos)

Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Podemos assim verificar que a percentagem de população idosa mais elevada é em Monção e a menor em Ponte de Lima (muito equivalente à de Viana do Castelo) numa proporção de mais de 1/3 da população para quase 1/5 entre concelhos do mesmo distrito.

	% da População com 65+		
Anos	2001	2010	2014
Arcos de Valdevez	26,9	30,5	31,7
Caminha	20,3	22,1	23,8
Melgaço	30,8	35,6	36,8
Monção	25,0	27,7	28,5
Paredes de Coura	25,5	26,4	27,6
Ponte da Barca	21,0	23,5	24,0
Ponte de Lima	17,0	19,2	20,3
Valença	20,9	21,7	23,0
Viana do Castelo	16,2	18,6	20,3
Vila Nova de Cerveira	22,0	21,5	22,6

Tabela 6 - Percentagem de população idosa (+65 anos)

Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Neste sentido, podemos refletir sobre os dados estatísticos relativos às causas mais frequentes de morte. A maioria delas são causadoras de grande sofrimento quer ao doente quer à família, e ainda com uma elevada carga financeira para o doente, família e Estado.

• Causas de Morte mais Frequentes no Distrito de Viana do Castelo

Em Portugal o número de mortes causadas por tumores malignos tem vindo a aumentar ligeiramente até 2013 (INE, 2015). De acordo com dados do INE divulgados a 26 de maio de 2015, das 106.876 mortes que ocorreram em 2013, 53,8% tiveram origem em tumores malignos ou doenças do aparelho circulatório. Em relação aos dados obtidos em 2012, o número de mortes provocadas por neoplasias aumentaram 0,6%, mais no sexo masculino que no feminino. Dos 25.920 óbitos causados pelos tumores malignos, os mais agressivos foram os da traqueia e os do pulmão, responsáveis por 4.010 mortes, o que representa um aumento de 9,1% face aos dados de 2012. Os tumores do cólon, reto e ânus provocaram 3.848 mortes, as neoplasias gástricas com 2.266 mortes.

A mortalidade prematura (número de pessoas que morreram com tumores com menos de 70 anos) foi de 9,2% em relação ao número total de mortes (INE, 2015). O número de anos potenciais de vida perdidos (número de anos que teoricamente uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente) em 2013 devido a tumores malignos foi de 113.408 anos.

A principal causa de morte continua a ser as doenças do aparelho circulatório, com 31.528 mortes, verificando-se no entanto uma redução de 4,1% em relação aos dados de 2012. Os acidentes vasculares cerebrais foram os mais mortais com 12.273 mortes. A doença cardíaca isquémica, com 6.936 mortes e o enfarte agudo do miocárdio com 4.568 mortes. No distrito de Viana do Castelo podemos constatar que se mantém a tendência nacional, com as doenças do aparelho circulatório em primeiro lugar como nos demonstram as tabelas seguintes (tabela 7 e 8). No entanto, podemos verificar ainda que estas doenças são do foro benigno.

	Doenças do aparelho circulatório	Tumores malignos	Diabetes	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo
Anos	2001	2001	2001	2001	2001
Arcos de Valdevez	44,8	21,0	2,5	7,5	4,8
Caminha	34,5	24,0	2,5	7,5	3,5
Melgaço	34,8	21,9	5,2	18,7	5,8
Monção	61,0	16,5	-	4,2	3,9
Paredes de Coura	54,1	19,7	-	9,0	3,3
Ponte da Barca	42,6	20,9	2,7	10,8	4,1
Ponte de Lima	35,9	22,3	3,5	10,8	3,0
Valença	41,4	25,8	4,5	6,1	6,6
Viana do Castelo	37,2	25,7	3,3	5,9	4,7
Vila Nova de Cerveira	47,0	21,7	0,0	9,6	6,1

Tabela 7 - Óbitos por algumas causas de morte em 2001 (%)
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-10-23)

	Doenças do aparelho circulatório	Tumores malignos	Diabetes	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo
Anos	2013	2013	2013	2013	2013
Arcos de Valdevez	30,8	18,3	3,4	11,7	4,2
Caminha	33,5	21,3	5,3	9,6	4,3
Melgaço	33,5	20,7	6,1	16,5	4,3
Monção	39,2	18,6	3,6	7,5	3,6
Paredes de Coura	29,7	27,5	2,9	11,6	5,1
Ponte da Barca	30,8	21,7	3,5	11,2	5,6
Ponte de Lima	26,5	23,0	5,4	10,0	5,7
Valença	38,6	27,1	5,4	4,8	4,2
Viana do Castelo	30,5	27,3	5,8	9,7	4,1
Vila Nova de Cerveira	37,5	24,0	1,9	12,5	1,0

Tabela 8 - Óbitos por algumas causas de morte em 2013 (%)
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-10-23)

Podemos constatar, que de um modo geral as causas de morte mais frequentes no distrito são as causadas por doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas mortes por tumores malignos. Por curiosidade, comparando estes números com os de 2001, verificamos que se mantém a tendência, apesar do número de serviços existentes, as possibilidades terapêuticas, o conhecimento científico (mais especificamente do foro clínico), o número de funcionários, entre outros não serem os mesmos. Assim, e como demonstram as tabelas 7 e 8, as causas de morte mais frequentes no concelho de Viana do Castelo são doenças do aparelho circulatório, que entre 2001 e 2013 diminuíram 6,6%. No entanto, as mortes por tumores malignos aumentaram 1,6%, a diabetes aumentou 2,5%, as doenças do aparelho respiratório aumentaram 3,8% mas as doenças do aparelho digestivo diminuíram 0,6%.

Nota-se uma oscilação entre os vários tipos de patologias que levaram à morte com uma principal incidência para o aumento das causadoras de maior sofrimento, tais como, as mortes por tumores malignos e as doenças do aparelho respiratório.

• Recursos Existentes no Distrito de Viana do Castelo - Área da Saúde e Social

Os recursos existentes em Viana do Castelo podem ser divididos em duas áreas: a área da prestação de cuidados de saúde e a área social. No entanto, nesta área social poderão também ser prestados cuidados de saúde, mas com objetivos diferentes e de forma pontual.

Passamos assim de seguida a uma breve descrição de cada área:

Na área da saúde, o distrito de Viana do Castelo dispõe de dois hospitais e vários centros de saúde (CS) e extensões dos CS. Salientamos ainda, que existe um hospital particular com internamento localizado na cidade de Viana do Castelo (Hospital Particular de Viana do Castelo), um grande número de consultórios médicos isolados e pequenas clínicas com várias especialidades do foro médico, de enfermagem e outros. No que respeita à rede pública de saúde temos os seguintes recursos que passamos a apresentar nas tabelas que se seguem:

	Centros de Saúde		
Anos	1993	2001	2011
Arcos de Valdevez	1	1	1
Caminha	1	1	1
Melgaço	1	1	1
Monção	1	1	1
Paredes de Coura	1	1	1
Ponte da Barca	1	1	1
Ponte de Lima	1	2	1
Valença	1	1	1
Viana do Castelo	2	3	3
Vila Nova de Cerveira	1	1	1

Tabela 9 - Número total de centros de saúde no distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Analisando a tabela 9 podemos verificar que desde 1993 existe pelo menos 1 CS por concelho. No entanto Ponte de Lima em 2001 possuía 2 CS e a cidade de Viana do Castelo 3 que se mantiveram até 2011.

Alguns dos CS têm extensões (tabela 10), de forma a prestarem cuidados de proximidade às populações com maior densidade populacional e mais distantes. No entanto estas extensões apresentam algumas limitações para o cidadão tais como: menor rácio de recursos humanos, horários de atendimento menos flexíveis, e prestação de cuidados menos complexos, entre outros aspetos.

	Extensões dos Centros de Saúde		
Anos	1993	2001	2011
Arcos de Valdevez	2	2	2
Caminha	2	1	0
Melgaço	1	1	0
Monção	6	6	1
Paredes de Coura	0	0	0
Ponte da Barca	0	0	0
Ponte de Lima	8	5	5
Valença	0	0	0
Viana do Castelo	21	19	12
Vila Nova de Cerveira	3	2	1

Tabela 10 - Número total de extensões dos centros de saúde no distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Podemos ainda constatar, que o número de extensões dos CS tem vindo a diminuir em todos os concelhos. Em 2011, Caminha e Melgaço deixaram de ter extensões do CS e em 1993, Paredes de Coura, Ponte da Barca e Valença, perderam também as suas.

O CS dos Arcos de Valdevez manteve as 2 extensões criadas em 1993 e o CS de Ponte de Lima as 5 extensões, estas criadas em 2001.

A maior perda em termos de extensões do CS foi o concelho de Monção que passou de 6 em 2001 para 1 em 2011. O concelho de Vila Nova de Cerveira tem vindo a sofrer uma quebra gradual de menos 1 extensão por cada período apresentado. Já no que se refere ao concelho de Viana do Castelo, também o número de extensões do CS em vindo a diminuir, passando de 21 em 1993 para 12 em 2011, ou seja, quase metade das extensões (42,9%).

Outro aspeto considerado importante, diz respeito ao facto de os CS até 2011 possuírem camas de internamento (tabela 11). Podemos constatar, que alguns deles em 1993 possuíam um número significativo de camas. Com as novas políticas de saúde os cortes orçamentais, e o tempo de crise económica, os recursos de saúde passaram a estar mais centralizados, conduzindo à extinção dos internamentos em CS.

	Internamentos nos centros de saúde			
Anos	1993	2001	2011	2012
Arcos de Valdevez	902	915	//	//
Caminha	0	//	//	//
Melgaço	372	176	58	//
Monção	0	//	//	//
Paredes de Coura	181	//	//	//
Ponte da Barca	300	//	//	//
Ponte de Lima	0	//	//	//
Valença	314	272	//	//
Viana do Castelo	0	//	//	//
Vila Nova de Cerveira	0	//	//	//

Tabela 11 - Internamentos nos centros de saúde
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Salientamos, que em 2011 só o CS de Melgaço mantinha as camas de internamento. No entanto, das 372 camas existentes em 1993 só 58 delas se mantiveram. 5 dos concelhos, que desde 1993 não têm camas para internamento nos referidos CS. Note-se que em Arcos de Valdevez em 2001 existiam 915 camas, sendo um valor muito considerável na medida em que correspondia a 51,15% das camas existentes. Também, em 1993 das 2069 camas existentes, 902 estavam alocadas ao CS os Arcos de Valdevez (43,6% da totalidade das vagas). Pensamos que a existência destas camas para internamento nestes CS se manteve pelo facto de a distância em termos geográficos, bem como pela densidade populacional que estes concelhos apresentam.

No que se refere à prestação de cuidados de saúde de nível diferenciado, o distrito de Viana do Castelo possuiu 2 hospitais pertencentes ao SNS.

	Hospital	
Anos	2001	2013
Arcos de Valdevez	0	0
Caminha	0	0
Melgaço	0	0
Monção	0	0
Paredes de Coura	0	0
Ponte da Barca	0	0
Ponte de Lima	1	1
Valença	0	0
Viana do Castelo	1	1
Vila Nova de Cerveira	0	0

Tabela 12 - Hospitais no distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-07-21)

Estes 2 hospitais localizam-se, 1 em Viana do Castelo (Hospital Santa Luzia (HSL)) e o outro em Ponte de Lima (Hospital Conde de Bertiandos (HCB)) que constituem conjuntamente com os CS do distrito, a ULSAM. Tal como aconteceu com os CS e as suas respetivas extensões, também estes 2 hospitais sofreram alterações estruturais e funcionais ao longo dos tempos.

No HCB população tem acesso a serviços no âmbito da medicina interna, reumatologia, medicina física e reabilitação de adultos e serviço de urgência. Ao nível de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's), possuiu um laboratório de análises clínicas, um serviço de radiologia e imagiologia. No que se refere às áreas do foro cirúrgico, pediatria, materna e obstetrícia, cardiologia, pneumologia, entre outras especialidades do foro médico, as pessoas do distrito de Viana do Castelo terão que recorrer ao HSL.

Ao nível dos MCDT's, além dos realizados no HCB realizam-se também Ressonância Magnética (RMN) e radiologia de intervenção como sejam as biopsias guiadas por Tomografia Axial Computorizada (TAC) ou Ecografias, Drenagens, colocação de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE).

A tabela que se segue apresenta o número de internamentos que se verificaram nestes 2 hospitais.

	Internamentos nos hospitais		
Anos	2001	2011	2013
Arcos de Valdevez	//	//	//
Caminha	//	//	//
Melgaço	//	//	//
Monção	//	//	//
Paredes de Coura	//	//	//
Ponte da Barca	//	//	//
Ponte de Lima	1 924	2 261	2 448
Valença	//	//	//
Viana do Castelo	15 915	18 039	19 168
Vila Nova de Cerveira	//	//	//

Tabela 13 - Internamentos nos hospitais do distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-07-21)

Analisando a tabela 13, podemos constatar que existe um aumento do número de internamentos ao longo dos anos. Este crescente aumento do número de internamentos,

por si só, não é revelador de nada, uma vez que poderá ser motivado pelo aumento do número de camas para internamento, diminuição dos internamentos nos CS, aumento da complexidade cirúrgica e consequente aumento dos dias de internamento. Em 2001, juntamente com as camas para internamento em CS, existiam 19.202 internamentos; em 2011 existiam 20.358 internamentos e em 2013 (sem qualquer internamento em CS) 21.616 internamentos.

Ao nível dos recursos humanos, quer nos CS como nas suas extensões, o número de profissionais de saúde oscila por área profissional e área regional. No período entre 2001 e 2012, existe uma diminuição do número de profissionais de saúde, com exceção, no que se refere aos profissionais de enfermagem. Contudo no CS de Arcos de Valdevez também a equipa profissional de enfermagem diminuiu. Os médicos diminuíram nos CS de Paredes de Coura e Valença, tal como podemos observar na tabela 14:

	Tipo de pessoal ao serviço							
	Total		Médicos		Enfermeiros		Outro	
Anos	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Arcos de Valdevez	102	82	24	24	24	21	54	37
Caminha	59	61	15	18	14	21	30	22
Melgaço	53	45	9	9	12	16	32	20
Monção	64	49	14	14	10	17	40	18
Paredes de Coura	48	33	10	6	11	12	27	15
Ponte da Barca	47	46	11	12	10	17	26	17
Ponte de Lima	109	111	31	37	21	34	57	40
Valença	68	45	13	10	14	16	41	19
Viana do Castelo	209	239	67	78	47	78	95	83
Vila Nova de Cerveira	38	34	8	10	7	13	23	11

Tabela 14 - Pessoal ao serviço nos centros de saúde do distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Na tabela que se segue, e no mesmo sentido que na anterior, podemos observar o quadro de pessoal dos hospitais do distrito nestes mesmos 2 anos (2001 e 2012) em termos comparativos.

	Tipo de pessoal ao serviço							
	Total		Médicos		Enfermeiros		Outro	
Anos	2001	2012	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Arcos de Valdevez	//	//	//	//	//	//	//	//
Caminha	//	//	//	//	//	//	//	//
Melgaço	//	//	//	//	//	//	//	//
Monção	//	//	//	//	//	//	//	//
Paredes de Coura	//	//	//	//	//	//	//	//
Ponte da Barca	//	//	//	//	//	//	//	//
Ponte de Lima	233	248	18	40	73	83	142	125
Valença	//	//	//	//	//	//	//	//
Viana do Castelo	1 231	,,,	167	336	450	524	614	,,,
Vila Nova de Cerveira	//	//	//	//	//	//	//	//

Tabela 15. Pessoal ao serviço nos hospitais do distrito de Viana do Castelo
Fontes/Entidades: INE, PORDATA: 2015 (Última atualização: 2015-06-26)

Em síntese, podemos concluir que no HSL os profissionais da área médica aumentaram em cerca de 101,5% e a área de enfermagem em 16,5%. No HCB, o aumento foi de 122% na área médica e de 14% na área de enfermagem.

De seguida, apresentamos uma breve referência à **área social**, focando-nos a nível das respostas sociais existentes no distrito de Viana do Castelo, nomeadamente com a apresentação das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) existentes, e as Instituições Particulares, que têm como objetivo a Proteção na Velhice e Invalidez.

São várias as IPSS existentes no distrito de Viana do Castelo, que têm como objetivo desenvolver ações dirigidas a grupos populacionais vulneráveis, através de equipamento social ou de prestação de um serviço (Segurança Social, 2008). Estas IPSS são instituições constituídas sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos. Caracterizam-se ainda por prosseguirem, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços, à proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho. A concretização destes objetivos efetua-se através de respostas de ação social em equipamentos e serviços, e pela participação como parceiros em programas e projetos com financiamento estatal ou comunitário. Para levar a cabo os objetivos da segurança social, as IPSS tem a possibilidade de celebrar Acordos de Cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social (CDSS) e Administração Regional de Saúde (ARS) respetivamente, através dos quais garantem a concessão direta de prestações em

equipamentos e serviços à população, por acordos de concessão através dos quais assumem a gestão de serviços e equipamentos pertencentes ao Estado. Convém salientar que as respostas sociais têm vindo a aumentar. Por exemplo, em 2013 no Centro Comunitário de Darque (CCD) pertencente ao Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque (CPPSCD) surgiu mais uma Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI) e um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Em 2015, surge um Centro de Dia (CD) na freguesia de Monserrate e uma ERPI na freguesia de Carreço, pertencentes ao concelho de Viana do Castelo, entre muitos outros e que não se encontram aqui descritos para análise.

Ao nível de respostas sociais que proporcionam um regime de internamento, surge-nos a ERPI que consiste numa “resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia” (Segurança Social, 2015).

As restantes respostas proporcionam ao utente a permanência no seu domicílio e denominam-se da seguinte forma de acordo com os serviços prestados: o SAD consiste numa “resposta social orientada para a prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito”; o CD consiste numa “resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar”; por último o Centro de Convívio (CC) que consiste numa “resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade” (Segurança Social, 2015).

Entre 1998 e 2006, entraram em funcionamento cerca de 2.000 respostas sociais de apoio a pessoas idosas, representando um crescimento de 46.8%. A resposta que apresenta uma maior taxa de crescimento é o SAD com 75,5%, seguido dos equipamentos de apoio social da valência do CD com 40,6% e da ERPI com 28,4% (Carta Social, 2006). Podemos assim verificar, uma tendência no sentido de dar prioridade a soluções alternativas à institucionalização, promovendo a autonomia e os cuidados à pessoa idosa em ambiente domiciliário. Podemos também pensar que de todas, a ERPI é a que implica maiores custos para a sua construção, sendo o SAD a que representa menor peso financeiro por necessitar de um espaço físico muito limitado. Desde então mais respostas sociais para pessoas idosas ou outras em situação de maior

risco de perda de independência e/ou autonomia foram sendo construídas e como iremos observar mais à frente, existe uma evolução muito positiva no sentido de uma maior cobertura das necessidades das populações.

Salienta-se que atualmente as respostas sociais de apoio à terceira idade existentes no distrito de Viana do Castelo passam por SAD, ERPI, CD e CC, sendo no total 200 respostas sociais nesta área (Tabela 16).

	Número de Respostas Sociais no Distrito de Viana do Castelo			
	ERPI	SAD	Centro Dia	Centro Convívio
Arcos de Valdevez	7	7	5	1
Caminha	4	4	4	
Melgaço	2	4	2	1
Monção	5	5	4	1
Paredes de Coura	3	7	3	4
Ponte da Barca	4	6	3	
Ponte de Lima	10	12	7	5
Valença	2	3	1	2
Viana do Castelo	16	26	16	5
Vila Nova de Cerveira	2	4	2	1

Tabela 16 - Número de respostas sociais no distrito de Viana do Castelo

Fonte: Carta Social - www.cartasocial.pt/index1.php

Existem ainda, as “Famílias de Acolhimento” no distrito de Viana do Castelo, mas devido ao seu grande número e à sua variabilidade em termos de existência, não nos foi possível obter dados que permitissem a sua quantificação não sendo por isso objeto de estudo neste projeto.

Podemos verificar, após análise da tabela, que as respostas sociais dirigidas aos idosos se distribuem pelos 10 concelhos de Viana do Castelo. A resposta social que apresenta um maior número no distrito é o SAD com 78 instituições. Este facto pode ser explicado pela preferência dos idosos em permanecerem nos seus domicílios e usufruírem de serviços prestados pelas instituições, em vez de serem institucionalizados. A resposta social que se segue em maior número é a ERPI com 55 Instituições, seguido do CD com 47. No distrito existem apenas 20 CC que poderá ser justificado pelo facto dos idosos que os frequentam serem maioritariamente independentes e apenas utilizarem este espaço como forma de lazer. O concelho de Viana do Castelo tem o maior número de respostas sociais de CD, num total de 16, seguido do concelho de Ponte de Lima com 7. Em todos os concelhos do distrito existem pelo menos 1 ou 2 CD.

O CC é a resposta social direcionada para à terceira idade com menor resposta no distrito de Viana do Castelo existindo apenas 20. Viana do Castelo e Ponte de Lima são os concelhos que apresentam o maior número de CC (5). Ponte da Barca e Caminha não possuem qualquer CC segundo estes indicadores. Estas são as respostas sociais existentes em todo o distrito de Viana do Castelo, são IPSS com Acordos de Cooperação com o Instituto da Segurança Social (ISS) e que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida da população idosa.

Qualquer uma destas respostas, com menor importância para os CD e CC, acolhem e cuidam também doentes do foro paliativos, principalmente pela ausência de respostas adequadas para o efeito. No entanto, estes “cuidados” não obedecem aos princípios defendidos, quer pela APCP (2006) quer pela PNPC (2010), ou qualquer outra entidade semelhante, pela ausência de recursos humanos, estruturais e de materiais adequados. Nestas instituições existem enfermeiros e em algumas delas, médicos, nomeadamente nas ERPI, no entanto de forma pontual cobrindo períodos do dia e em alguns nem todos os dias (DR, Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, art.12).

No ponto que se segue poderemos observar a capacidade de cada uma das valências por concelho bem como os utentes inscritos em cada uma delas de forma a podemos ter uma ideia da taxa de ocupação bem como das coberturas existente. Mais uma vez convém referir que estes dados não nos revelam tudo, uma vez que existem variáveis que teriam que ser consideradas para que se pudesse fazer uma análise correta em função das reais necessidades das pessoas. No entanto, e na sequência da análise anterior podemos ainda verificar a relação existente entre o número de utentes que de cada uma das respostas integra e a capacidade total que cada uma delas permite ter.

	Capacidade das Respostas Sociais			
	ERPI	SAD	Centro Dia	Centro Convívio
Arcos de Valdevez	267	296	105	20
Caminha	176	135	125	
Melgaço	95	201	35	60
Monção	194	185	82	25
Paredes de Coura	139	241	65	115
Ponte da Barca	165	291	110	
Ponte de Lima	355	408	184	104
Valença	132	152	35	60
Viana do Castelo	587	987	550	125
Vila Nova de Cerveira	110	165	50	20

Tabela 17 - Capacidade das respostas sociais do distrito de Viana do Castelo
 Fonte: Carta Social - www.cartasocial.pt/index1.php

	Utentes que integram as Respostas Sociais			
	ERPI	SAD	Centro Dia	Centro Convívio
Arcos de Valdevez	259	235	62	15
Caminha	178	112	101	
Melgaço	91	174	30	55
Monção	183	176	40	25
Paredes de Coura	134	214	40	95
Ponte da Barca	160	206	85	
Ponte de Lima	349	332	111	70
Valença	124	61	30	45
Viana do Castelo	538	578	381	100
Vila Nova de Cerveira	100	160	37	20

Tabela 18 - Total de utentes que integram nas respostas sociais no distrito de Viana do Castelo

Fonte: Carta Social - www.cartasocial.pt/index1.php

Podemos, entre outras aspetos, verificar que nem todas têm a capacidade máxima utilizada, como nos demonstram as tabelas 17 e 18. Na resposta social ERPI, o número de vagas por preencher não é significativa, no entanto ela existe e por estranho que possa parecer só em Viana do Castelo existem 49 vagas (91,6% de Taxa de Ocupação). Este resultado parece estranho visto que na ERPI pertencente à Instituição onde exercemos funções, um mês após da sua abertura, em dezembro de 2013, a lotação estava esgotada. Desde esse momento, passou a existir uma longa lista de espera, o que nos leva a concluir que estas vagas a nível do distrito e principalmente neste concelho, a existirem, terão que se localizar em freguesias muito distantes da cidade de Viana do Castelo e que aquando o término deste Trabalho de Projeto podem já ter sido preenchidas, pelo facto de algumas Instituições atualizarem os dados em janeiro de 2016. Ao nível do SAD, a instituição com o número de vagas mais significativa é a de Viana do Castelo com 409 vagas (58,5% de Taxa de Ocupação). Neste item, e mais significativamente que nos restantes, este valor verifica-se pela diferença entre o número de vagas autorizadas e as protocoladas, o que implicaria que a diferença entre elas tenha que ser paga na íntegra pelo utente, tornando o custo bastante dispendioso. Como exemplo temos novamente a Instituição onde exercemos funções, em que nesta valência a capacidade é de 100 utentes, mas destes, só 15 são protocoladas pelo CDSS, o que implica que as restantes 85 tenham que ser pagas na íntegra pelo utente como se de um utente “particular” se tratasse, o que inviabiliza o seu preenchimento pelo custo elevado do serviço. O mesmo se deverá verificar nas outras Instituições, tal como nos Arcos de Valdevez com 61 vagas (79,4% de Taxa de Ocupação).

Na valência de CD podemos observar que parece verificar-se a mesma situação, no entanto nesta resposta, implica que o utente tenha algum grau de independência e ao mesmo tempo, tenha quem cuide dele no período noturno ou ele mesmo seja capaz de o fazer. Podemos observar que todas as Instituições têm vagas por preencher, com maior evidência para Monção, que apesar deter menos vagas que Viana do Castelo, essas vagas representam mais de 50% da totalidade da sua capacidade.

Nos CC são menos as vagas existentes, mas basicamente esta resposta é utilizada para “lazer” onde os utentes convivem por períodos do dia sem que passem lá a maior parte do tempo, sendo normalmente utilizada por utentes independentes como um local de encontro.

1.1.3. Receitas e Custos Associados

São receitas da Unidades da RNCCI as que resultarem do desenvolvimento da sua atividade, nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, nomeadamente:

- Verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados prestados a doentes do SNS ao abrigo do Acordo de Cooperação com a ARS Norte;
- Verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados prestados aos beneficiários dos subsistemas ao abrigo do Acordo de Cooperação com a ARS Norte;
- Quaisquer outros rendimentos que resultem da sua atividade ou da utilização de bens que lhe estão adstritos;
- Verbas correspondentes aos pagamentos efetuados pelos doentes (não se verifica na UCP).

Assim podemos observar na tabela abaixo os valores protocoladas para os financiamentos das Unidades da RNCCI.

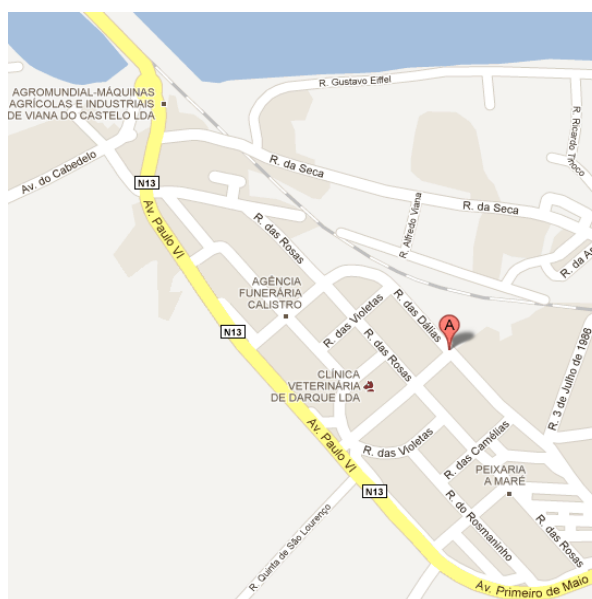
(Em euros)					
Tipologias de unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
Unidade de convalescença	90,46	15			105,46
Unidade de cuidados paliativos	90,46	15			105,46
Unidade de média duração e reabilitação	55,75	12	19,81		87,56
Unidade de longa duração e manutenção	18,61	10	30,34	1,24	60,19
II — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia e promoção de autonomia	9,58				9,58

Tabela 19 – Tabela de preços RNCCI
Fonte: Portaria n.º 41/2013, de 1 de fevereiro

O CCD pertence ao CPPSCD, que é uma IPSS com sede na Rua das Dálias, nº 233 Lugar do Cais Novo, Freguesia de Darque, Viana do Castelo (figura 9), Pessoa Coletiva nº 502 549 343, registada pela inscrição nº 47/90, a fl. 88 vº do livro nº 4 das Fundações de Solidariedade Social em 07 de Dezembro de 1989. Nas figuras que se seguem podemos observar a localização da freguesia no concelho (figura 8) e da instituição na freguesia (figura 9).



Fonte: <http://www.freguesiasdeportugal.com/distritoviana/09/vianadocastelo.htm>



Fonte: Google Maps

A Instituição disponibiliza à comunidade um apoio global e abrangente através de um serviço de atendimento diário no âmbito dos seguintes apoios:

- Infância - através da Creche e das Atividades de Tempos Livres;
- População sénior - através da ERPI;
- Apoio Domiciliário - através do SAD com o fornecimento de refeições, animação, higiene pessoal e domiciliária;
- Doença/Saúde - através da UCCLDM e da UCCMDR;
- Mais desfavorecidos social e financeiramente - através da Cantina Social e da Equipa do Rendimento Social de Inserção;

Em qualquer uma das valências promovemos o acompanhamento e encaminhamento das famílias dos utentes/doentes.

As Unidades do CCD estão integradas na RNCCI, e visam prestar cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, independentemente da idade, no âmbito da tipologia de média duração e reabilitação. Constitui uma resposta com autonomia técnica e administrativa, mas sem personalidade jurídica e autónoma e exerce a sua atividade em articulação com outros serviços, setores e organismos que integram a rede, no âmbito do Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho e da Portaria 1087-A/2007, e do Acordo estabelecido com a ARS Norte e o CDSS de Viana do Castelo.

O Acordo entre a ARS, ISS, I.P. e o CPPSCD foi celebrado a 30 de Agosto de 2013 para a UCCILDM e a 21 de Julho de 2014 para a UCCIMDR.

1.3. Das Necessidades às Possibilidades

Aquando da realização do estágio na EIHSCP, foi-nos possível verificar a pertinência da criação desta UCP pelo facto de atualmente os doentes serem referenciados por motivos que se relacionam com procedimentos de âmbito técnico, mas efetivamente as suas necessidades são de cariz mais abrangente, nomeadamente de âmbito dos Cuidados Paliativos. Por esse motivo, foi posteriormente realizada uma reunião com elementos da EIHSCP da ULSAM de forma a avaliar a real necessidade da criação da Unidade. Nas referidas reuniões, os elementos presentes apresentaram uma excelente receptividade ao Projeto, solidificando-se e a sua necessidade e pertinência.

Assim, e na sequência das 2 secções anteriores deste capítulo (1.1.2. e 1.2.) achamos que faz todo o sentido elaborar um diagrama causa efeito no formato Espinha de Peixe,

em que, o efeito desejado é a criação e implementação de uma UCP. Assim, foi efetuado um levantamento das causas que podem contribuir para gerar o efeito, apresentado no seguinte diagrama:

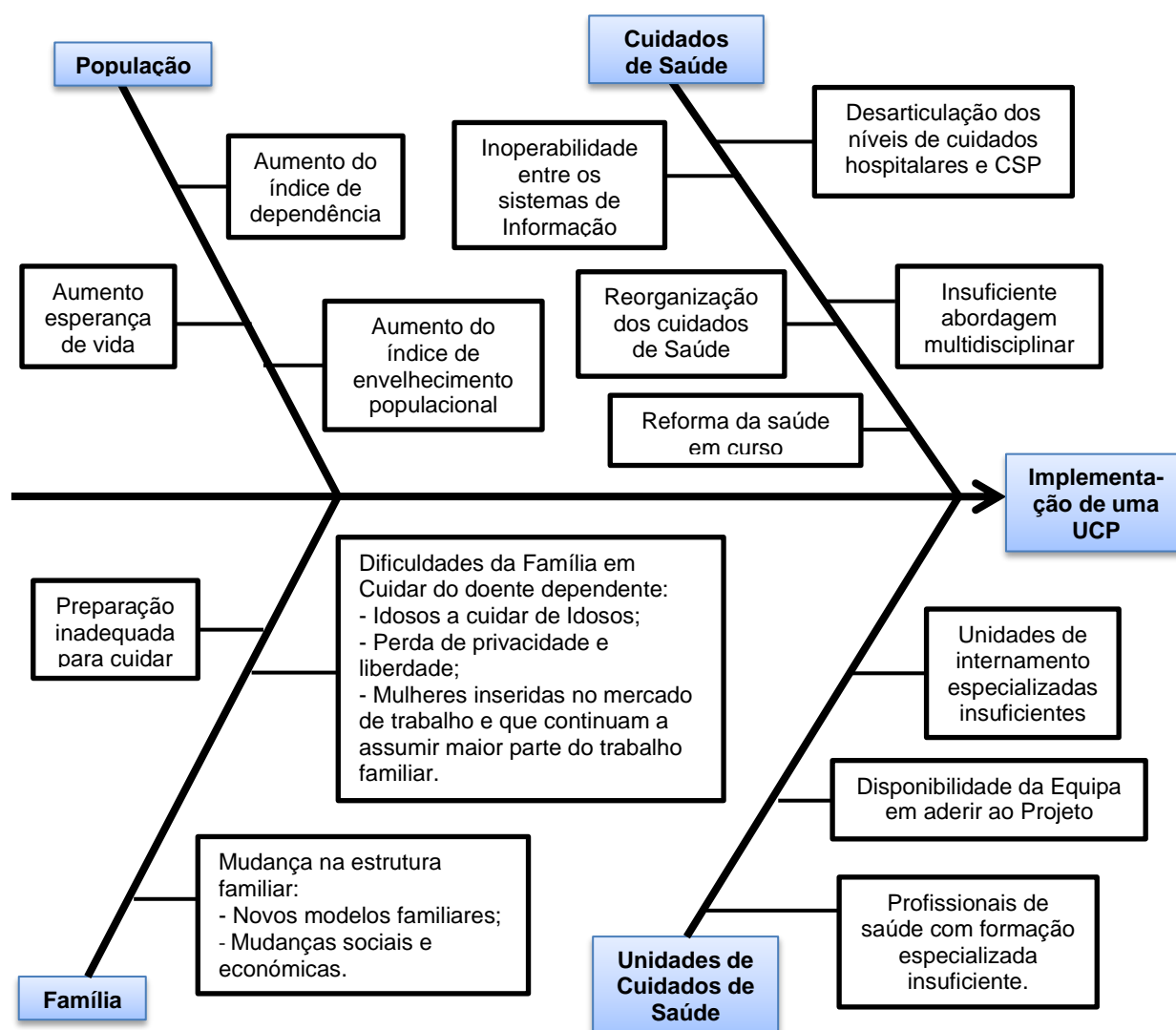


Figura 10 - Diagrama de Espinha de Peixe

Deste diagrama emergem quatro pontos fulcrais que podemos considerar serem as causas que explicitam a necessidade urgente de criar a implementação de uma UCP.

O grande desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico verificado nas últimas décadas, permitiu resolver muitos dos problemas de saúde do passado, mas, contribuiu para que hoje sejamos confrontados com problemas novos e mais complexo, entre outros, as alterações das necessidades em cuidados de saúde motivados pelo aumento da esperança média de vida, o envelhecimento, maior incidência de doenças crónicas e progressivas, o que origina novos desafios para o sistema nacional de saúde.

Este contexto gera novos problemas sociais e de saúde com elevada ênfase na acessibilidade a serviços de saúde, na incapacidade agravada com o isolamento (com a consequente dependência de estruturas de apoio), no aumento do número de famílias com recursos económicos escassos. A família como instituição social reconhecida, que ao longo dos tempos tem sofrido mudanças na sua estrutura, tem ocasionado alterações para o cuidar no domicílio. Sabemos que os cuidados prestados à pessoa que necessitava de cuidados quer por dependência quer por situações de debilidade física e psicológica eram as mulheres que disso se ocupavam. No entanto com a sua inserção no mercado de trabalho, dificultou este cuidar, resultando muitas vezes em exaustão familiar. Por outro lado, muitos dos cuidadores atualmente são idosos a cuidar de idosos, o que pressupõe um acréscimo de dificuldades, quer físicas quer psicológicas para cuidar da pessoa doente.

Outras das causas referidas no diagrama são os cuidados de saúde. Estes continuam a orientar-se para modelos biomédicos que procuram lutar contra a morte, procurando curar todas as patologias da dimensão biológica. Mas para cuidar da pessoa sem perspetiva de cura e sua família é primordial que os cuidados sejam multidimensionais, para isso é necessário um modelo de cuidados que premeie cuidados ativos em que doente e família sejam considerados como uma unidade de cuidados.

Torna-se necessário a existência de unidades que prestem Cuidados Paliativos, pois estes cuidados surgiram para dar resposta aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida a estes doentes e suas famílias. São cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo. Neto (2006) considera que a filosofia dos Cuidados Paliativos tem vindo a ser desenvolvida e é, atualmente, perspetivada como um direito humano, sobretudo na Comunidade Europeia. Contudo, a mesma autora acrescenta que “se existe já legislação importante sobre esta matéria, o certo é que nos deparamos com grandes assimetrias na acessibilidade a este tipo de cuidados, quer entre os diferentes países, quer num mesmo país, de região para região” (Neto, 2006, p.21).

Os princípios defendidos pelos Cuidados Paliativos implicam necessariamente ruturas com modelos anteriores, e uma mudança nas prioridades dos profissionais de saúde, sendo o doente/família o centro de atenção de uma equipa multi e interdisciplinar.

As novas políticas de saúde, reconhecendo a existência de sérias deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final de vida, recomendam a maior atenção para as condições de vida dos doentes que vão morrer,

nomeadamente para a prevenção da sua solidão e sofrimento, oferecendo-lhe a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que impulse a proteção da dignidade do doente incurável ou na fase final de vida.

Neste sentido, torna-se necessário avaliar o ambiente externo no que se refere às oportunidades e ameaças da organização, as quais correspondem às perspetivas de evolução no meio envolvente, e são condicionadas pelas decisões e circunstâncias externas ao seu poder de decisão. Tal como mencionado anteriormente, o nosso objetivo é a criação de uma UCP acoplando-a às UCCILDM e UCCIMDR, rentabilizando ao máximo as estruturas, os serviços e os recursos humanos já existentes de forma a minimizar os custos para a implementação da referida Unidade. Para fortalecer a nossa decisão de implementar uma nova Unidade tivemos em conta a análise SWOT. Esta sigla de termos ingleses significa: Strengths (Forças ou pontos fortes), Weaknesses (Fraquezas ou pontos fracos), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças).

Os **Pontos Fortes** são as vantagens internas da Instituição em relação às concorrentes, os **Pontos Fracos** são as desvantagens internas da Instituição em relação às concorrentes, as **Oportunidades** definem-se como aspetos externos positivos que podem potenciar a vantagem competitiva da Instituição e as **Ameaças** são aspetos externos negativos que podem por em risco a vantagem competitiva da instituição. De seguida apresentamos a análise SWOT:

Pontos fortes	Pontos fracos
<ul style="list-style-type: none"> - Rentabilização dos recursos humanos existentes no CCD; - Rentabilização do edifício; - Apoio dos elementos da Direção do CCD para a Implementação da UCP; - Localização central; - Oportunidade de acesso aos doentes do distrito aos cuidados paliativos; - Instalações novas e com características adaptadas de acordo com as orientações da RNCCI; - Conhecimento existente do funcionamento da RNCCI; - Articulação com as estruturas de coordenação local e regional da RNCCI; - Equipa existente motivada; - Intervenção multidisciplinar com os doentes; - Infraestruturas novas; - Existência de uma UCCMDR e de UCCLDR no edifício. 	<ul style="list-style-type: none"> - Custo da adaptação do edifício; - Carência financeira por parte da Instituição.

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - Possibilidade de concurso ao Programa de financiamento (Modelar); - Elevado número de clientes em lista de espera; - Proximidade de serviços; - Enquadramento nos objetivos da ARS Norte: “Promover a resposta a necessidades de saúde emergentes (cuidados no domicílio, internamento de estadia média e prolongada, cuidados paliativos)” (ARS Norte, I.P., p.13); - Promoção da formação dos profissionais da equipa de Cuidados Paliativos e das restantes valências da Instituição; - Possibilidade de sensibilizar os profissionais das parcerias e outras valências da instituição para a prática de cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Défice de financiamento e instabilidade económica; - Reprovação do projeto por falta de financiamento do Estado; - Escassez de profissionais com formação em cuidados paliativos; - Restrições na contratação de recursos humanos.

Tabela 20 – Análise SWOT

De uma forma muito resumida, podemos afirmar que apesar do custo elevado para a adaptação do edifício e da carência financeira, reconhecemos que com uma elevada capacidade técnica, com espírito inovador, alicerçado em sólidos conhecimentos científicos existe um forte potencial para efetivar com sucesso a implementação da UCP.

1.4. Necessidades Estruturais para uma Unidade de Cuidados Paliativos

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações e das pessoas relativas a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das Unidades da RNCCI, bem como os relativos à construção de raiz e à remodelação e adaptação dos edifícios, são objeto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

As condições de instalação aplicáveis são as que constam das recomendações sobre instalações para os cuidados continuados, emanadas pela Direção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde, e demais legislação aplicável, nomeadamente no que respeita às condições de acessibilidade, de evacuação em situação de emergência e de proteção contra risco de incêndio.

As futuras instalações do internamento da UCP encontram-se no piso 0 e as áreas de apoio comuns à UCCILDM e UCCIMDR no piso 1. Neste sentido a UCP será composta

pelas seguintes áreas funcionais (a “**negrito**” as já existentes e que vão ser rentabilizadas de forma a diminuir custos e centralizar recursos):

Piso 0:

- **Instalações de Pessoal (Vestiários com WC e chuveiro)**
- **Sala para recolha/contenção de Resíduos Biológicos**
- Área de Internamento (8 quartos individuais, todos com instalação sanitária privativa);
- Área de Gabinetes Técnicos (1 balcão de atendimento, 1 gabinetes de preparação de medicação com banca, ventilação, frigorífico e cofre, 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala multidisciplinar, 1 copa com banca, frigorífico e forno micro ondas);
- Área de Instalações Sanitárias para Visitas (1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras);
- Área de Instalações Sanitárias para Pessoal (2 instalações sanitárias);
- **Sala de Recolha de Cadáveres**

Piso 1:

- **Área de Acesso** (receção e atendimento, posto de segurança, 3 instalações sanitárias);
- **Área de Refeições** (1 cozinha, 1 copa de dietas, 1 despensa do dia, 1 armazém e 1 sala de refeições);
- **Área de Convívio** (1 sala de convívio e atividades);
- **Área de Gabinetes Técnicos** (2 postos de enfermagem, 2 gabinetes de preparação de medicação com ventilação, frigorífico e cofre, 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala multidisciplinar, 1 gabinete de terapia da fala);
- **Área de Medicina Física e Reabilitação** (1 ginásio de fisioterapia, 1 sala de eletroterapia);
- **Área de Instalações Sanitárias para Doentes** (1 instalações de banho assistido, 1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras).
- **Área de Instalações Sanitárias para Visitas** (1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras);
- **Área de Instalações Sanitárias para Pessoal** (2 instalações sanitárias);

- **Área de Serviços de Apoio** (1 sala de material clínico com instalação sanitária, 1 sala de material de consumo com instalação sanitária, 2 salas de desinfecção de material clínico);
- **Área de Serviços** (1 despensa de material de limpeza, 1 sala de sujos, 2 sala de roupa limpa, 1 lavandaria, 1 sala de arrumos);
- **Área Administrativa** (1 sala de secretariado, 1 sala da Direção, 1 sala Diretor técnico)
- **Arquivo.**

Como podemos verificar, são várias as áreas da UCP já existentes proporcionando dessa forma a redução significativa dos custos para a “construção de raiz” da UCP.

1.5. Necessidades de Recursos Humanos

Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho art. nº 40, a política de recursos humanos para as Unidades e Equipas da RNCCI rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua. A prestação de Cuidados Paliativos obriga a formação específica. A prestação de cuidados nas Unidades e Equipas da RNCCI é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar. As Unidades e Equipas da RNCCI podem ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente selecionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

Do ponto de vista organizacional, e no que diz respeito ao organograma da Instituição, este é composto pela Direção e pela Direção Técnica que é comum as Unidades da RNCCI pertencentes ao CCD, bem como os serviços de apoio à gestão e logística e os serviços de apoio à prestação de cuidados. Os primeiros incluem a secretaria/contabilidade e o aprovisionamento. Os segundos compreendem a receção, a portaria, a lavandaria e a cozinha, sendo que este último inclui a cozinheira e ajudantes de cozinha.

A equipa multidisciplinar irá ser constituída pelos seguintes profissionais: diretor técnico, diretor clínico, médicos assistentes com formação avançada em Cuidados Paliativos, fisiatra, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionista, assistente social, psicólogo clínico, auxiliares de ação médica e animador sociocultural (que apesar de não ter horas

definidas pela RNCCI como podemos observar no quadro que se segue, achamos pertinente ter uma animadora sociocultural na equipe multidisciplinar).

Para uma UCP com uma lotação de 8 camas, a RNCCI estipula as seguintes horas semanais de afetação à Unidade bem como a frequência na presença física à mesma, para que os cuidados possam ser prestados com qualidade esperada:

Área profissional	Número de profissionais	Número de horas semanais afetas à UCP	Frequência
Médico	3	11	Presença diária
Enfermeiro	5	171	Presença permanente
Fisioterapeuta	2	5	Presença diária
Nutricionista	1	2	Presença ao longo da semana
Assistente Social	1	5	Presença ao longo da semana
Psicólogo	1	5	Presença ao longo da semana
Auxiliares Ação Médica	5	171	Presença permanente

Tabela 21 – Quadro de Pessoal para UCP com 8 camas
Fonte: Diário da República, 1.ª série - N.º 174 - 10 de setembro de 2014.

Mais à frente no trabalho, iremos mencionar quais as competências que os diferentes elementos da equipa tem que ter para que possam prestar um serviço de qualidade.

2. DO DIAGNÓSTICO AO PLANO DA AÇÃO DA CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Após a realização do Diagnóstico de Situação, etapa fundamental do planeamento, urge delinear um Plano de Ação, de forma a alcançar os objetivos previamente estabelecidos. Assim, o Plano de Ação, por razões de sistematização é apresentado em seis grandes eixos: planeamento da implementação da UCP; operacionalização; consolidação, monitorização e avaliação da implementação; formação: fator determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho.

O planeamento da implementação da UCP é o eixo fundamental para que o projeto seja eficiente. Deste modo, para o seu alcance é fundamental que o diretor técnico impulse e motive a participação e empenho de todos os elementos da equipa multidisciplinar a aderir a este projeto e crie harmonias e consensos para todos se sintam responsabilizados. Iniciar-se-á com a elaboração da candidatura nos termos preconizados pelas orientações políticas e que será sustentada na definição da visão, missão e valores. A visão preconizada pela equipa construída à luz dos princípios da prestação de Cuidados Paliativos, deve levar a quem a lê, a possibilidade de se tornar real num futuro próximo. É o objetivo major da equipa, e deve ser considerado por todos como um destino certo para se adotar o método preconizado e fazer parte integrante do processo. A missão descreve a finalidade da equipa, o motivo de sua existência, a razão pela qual se considera necessária e a maneira como quer ser vista por todos. Os valores devem ser coerentes com as necessidades dos doentes e outras partes interessadas, São os que norteiam verdadeiramente a cultura da equipa e deverão orientar as ações de todos os elementos. Para isso está subjacente a elaboração de uma carta de compromissos da UCP que determina o acordo entre a ARS Norte, Instituto de Segurança Social.

No segundo eixo, a operacionalização, iremos transformar a ideia em ação. Procurar caminhos para converter boas ideias em práticas e resultados palpáveis é a proposta da criação da implementação da UCP. Assim, torna-se necessário a definição de objetivos específicos e indicadores. Os objetivos a definir devem indicar o que se vai realizar, ou seja, um enunciado claro e preciso dos indicadores, os fins e os resultados aos quais se aspira chegar com o projeto. Quanto melhor os elementos da equipa compreenderem os objetivos, se responsabilizarem e participarem, mais fácil se tornará obter o empenho, a motivação e a orientação.

Tendo por pressuposto que a UCP será uma unidade prestadora de Cuidados Paliativos, sustentada numa abordagem multidisciplinar será imperioso identificar um elemento da

equipa capaz de sistematizar, organizar e registar toda a informação e servir também como elo de ligação entre a equipa/doente/cuidador. Esse elemento será denominado de Gestor de Caso. Portanto, a designação e definição de competências do Gestor de Caso deverá ser periodizada de acordo com o preconizado na carta de compromisso, assim como a construção do Plano Individual de Intervenção. Este plano deverá ser aplicado a todos os doentes a admitir na UCP, bem como aos seus familiares e cuidadores.

As linhas divisórias entre os diferentes eixos não são absolutas, podendo, na prática, variar entre as diferentes fases. A monitorização da implementação de um projeto significa conduzi-lo desde a ideia inicial ao remate final, adaptando-o à realidade, gerindo recursos e pessoas através dos vários eixos do projeto. Este não é um processo fácil, depende da concentração e de uma certa dose de empenho ao longo do curso da vida da implementação do projeto. Neste caso concreto, as várias atividades a serem delineadas não dependem unicamente do empenho da equipa, mas também de questões burocráticas e de âmbito político, tais como a reunião com a ARS Norte e com a ECR nomeadamente para a contratualização e posterior monitorização da atividade bem como trimestralmente com a ECL para o preenchimento das grelhas de acompanhamento. Outras há, que são da responsabilidade da equipa como as avaliações intercalares a realizar mensalmente e sempre que necessário.

O quarto eixo, formação, é um fator determinante para o desenvolvimento e melhoria de desempenho. A elaboração do plano de desenvolvimento profissional e formação contínua deve descrever os compromissos da equipa com a formação profissional contínua, definindo as prioridades formativas individuais e coletivas tendo em conta as necessidades e afinidades dos profissionais e os interesses da UCP. Deve definir ainda, a metodologia utilizada para efetuar o levantamento das necessidades formativas, as regras de participação em ações de formação, os mecanismos de partilha interna dos conhecimentos adquiridos e a realização de reuniões de equipa.

A satisfação na perspetiva da implementação de uma UCP, estão irremediavelmente contemplados os doentes e os profissionais da respetiva equipa. De salientar que o grau de satisfação dos doentes é um dos indicadores de qualidade, logo, de boa governação. De facto, as mudanças em curso nos sistemas de saúde irão inquestionavelmente influenciar o exercício profissional em saúde, eventualmente com maior visibilidade a nível da prestação, mas com reflexos muito significativos do domínio da satisfação e da qualidade. Assim, torna-se necessário efetuar diligências no sentido da promoção da satisfação dos profissionais da UCP, assim como a promoção da satisfação dos doentes a admitir na UCP e dos seus familiares/cuidadores.

É de referir que a presente planificação parte das necessidades/problemas identificadas à partida, sendo que as ações que venham a ser necessárias no decurso da implementação do projeto, serão igualmente alvo de planificação, designadamente no âmbito da monitorização. Assim, e para facilitar a compreensão será descrito no seguimento as atividades implementadas e a respetiva monitorização.

2.1. Do Planeado à Implementação

A fase de implementação é onde todas as atividades planeadas são colocadas em ação.

A primeira etapa foi consubstanciada à recolha e análise de documentação de suporte, nomeadamente normativos legais, circulares normativas e informativas, informações acerca da organização, funcionamento e implementação da UCP e contactos com experiências piloto.

Infelizmente e por falta de verbas financeiras, ainda não nos foi possível dar início à efetivação da UCP que se prevê possível só para final de 2016, e logo que surgir oportunidade de candidatura a financiamento pela RNCCI. A autorização para a implementação do projeto já existe por decisão unânime dos elementos da Direção aquando da apresentação do mesmo. Tendo mesmo ficado registado em ata de reunião da Direção (Ata nº 174, 27 de março de 2015). A mesma será envolvida em reuniões de discussão de necessidades/prioridades e a coordenação da ARS Norte. Dada a necessidade urgente do recurso a criar e o apoio institucional, consideramos que ultrapassando a fase de carência económica que a Instituição (CCD) atravessa, estarão reunidas as condições para avançar, sem perigo de qualidade das respostas a desenvolver.

Esperamos que a homologação institucional, posterior aprovação pela RNCCI e a Celebração do Acordo não ultrapasse os 6 meses a 1 ano após início da candidatura.

Assim, pretendemos que as atividades a desenvolver sejam as seguintes:

Atividades a Desenvolver	Título da Atividade
Atividade n.º 1	Divulgação e Acolhimento do Projeto “Cuidados Paliativos no Alto Minho - Uma Necessidade”
Atividade n.º 2	Descrição do Compromisso Assistencial e Definição da Missão, Valores e Visão da Unidade de Cuidados Paliativos

Atividade n.º 3	Sinalização, Ingresso e Admissão
Atividade n.º 4	Definição do Modelo de Cuidados para a Prestação de Cuidados Paliativos
Atividade n.º 5	Constituição do Processo Individual do Doente
Atividade n.º 6	Procedimentos de Mobilidade e Alta
Atividade n.º 7	Identificação dos Gestores de Caso
Atividade n.º 8	Monitorização da Qualidade dos Serviços Prestados
Atividade n.º 9	Elaboração e Implementação do Plano de Formação na Equipa Multidisciplinar
Atividade n.º 10	Definição dos Critérios de Qualidade para a Unidade de Cuidados Paliativos
Atividade n.º 11	Elaboração do Procedimento de Intervenção no Luto
Atividade n.º 12	Elaboração de Documentação para a Prestação de Cuidados
Atividade n.º 13	Definição da Estratégia de Marketing para a Unidade de Cuidados Paliativos
Atividade n.º 14	Elaboração do Procedimento de Prevenção da Síndrome de Burnout nos Profissionais

Tabela 22 - Atividades a desenvolver no Plano de Ação

2.2. Plano de Ação

De seguida apresentamos a constituição do plano de atividades caracterizando-as individualmente.

2.2.1. Divulgação e Acolhimento do Projeto “Cuidados Paliativos no Alto Minho - Uma Necessidade”

Ao nível da divulgação e acolhimento do Projeto, foram realizadas reuniões com a Direção do CCD e com elementos da equipa multidisciplinar da UCCI (Apêndice 3), de forma a sensibiliza-los para a necessidade de implementar esta unidade, onde foram, entre outros assuntos expostos, os discutidos e analisados na reunião tida previamente

com os elementos da EIHS CP da ULSAM referidos anteriormente. Acrescenta-se ainda, que a equipa multidisciplinar mencionou que este Projeto seria primordial para o desenvolvimento de uma melhor qualidade de vida das pessoas no Alto Minho. Salientam no entanto, que é necessário apostar na formação em Cuidados Paliativos para que estes possam ser executados de acordo com a sua filosofia e perspetivas.

Por se tratar de uma UCP pertencente ao setor privado, não vimos nesta fase, necessidade em reunir com mais nenhuma entidade, visto que a decisão da implementação está pendente da dotação financeira da Instituição para que, como já referido, após ser ultrapassada, a candidatura seja de imediato formalizada.

Em síntese, das reuniões efetuadas chegamos à conclusão da pertinência da criação de uma UCP no distrito de Viana do Castelo, delineando como objetivo geral a prestação de Cuidados Paliativos a pessoas que, independentemente da idade, se encontre em situação de dependência.

Como objetivos específicos os seguintes:

- Melhorar as condições de vida e de bem-estar dos doentes em situação de dependência, através da prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social;
- Proporcionar cuidados multidimensionais conducentes às necessidades do doente e família;
- Proporcionar apoio e acompanhamento ao doente e família;
- Proporcionar à família o apoio no luto;
- Proporcionar a otimização da utilização de recursos de acordo com as necessidades dos cuidadores e dos que são cuidados;
- Articular com outras unidades, organismos, entidades e instituições da Rede ou não, de forma a garantir a continuidade dos cuidados;
- Promover um bom clima organizacional de forma que se estabeleça um trabalho em equipa de parceria;
- Estabelecer intervenções para a prevenção do burnout dos elementos da equipa.

Delineados os objetivos, emergiu a construção da candidatura para ser levada à discussão com a coordenação da ARS Norte, a qual consubstanciou a necessidade da existência desta unidade no distrito de Viana do Castelo.

Salienta-se que esta candidatura será estruturada tendo por base um diagnóstico de sócio - demográfico e de saúde da população alvo, a definição de visão, missão e valores, plano de ação e compromisso assistencial, objetivos, indicadores, metas e atividades, carga horária, referência de utentes e recursos.

2.2.2. Descrição do Compromisso Assistencial e Definição da Missão, Valores e Visão da Unidade de Cuidados Paliativos

O compromisso assistencial é sustentado pela definição da visão, missão e valores (Apêndice 4). Assim, para a UCP que estamos a criar, pretendemos que tenha uma equipa altamente qualificada e de referência no âmbito da prestação de Cuidados Paliativos para a região norte.

Tal como preconizado pelo PNCP e pela RNCCI, os doentes e seus familiares serão envolvidos no processo de tomada de decisões, estando as suas preferências e hábitos na base de construção do plano de cuidados. Existem condições para apoio no luto pela equipa que acompanha o doente/família. Todos os registos serão executados com rigor no Aplicativo de Monitorização da RNCCI (Gestcare) onde consta o Instrumento de Avaliação Integrada (IAI) bem como as escalas mencionadas anteriormente, preconizado pela RNCCI. Este método contribui com uma grande panóplia de informações, habilidades e competências que nos permitem detetar precocemente problemas, intervindo de forma adequada. Como foi possível observar pela descrição dos recursos de saúde e sociais do distrito, podemos assegurar uma boa articulação pela tradição existente de boa comunicação e colaboração. Está garantido o contributo de vários grupos profissionais, maximizando a qualidade dos cuidados, principalmente se houver recurso ao trabalho em equipa, numa perspetiva interdisciplinar.

Neste sentido, definimos como missão, receber, apoiar e garantir os direitos e necessidades das pessoas e da comunidade envolvente, de forma integral e personalizada, de forma a contribuir para o bem-estar dos nossos doentes/família, através de uma prestação de cuidados multidimensionais que visem a preservação da dignidade da pessoa. Este propósito será o fio condutor que orientará as intervenções dos profissionais de saúde da UCP, integrando os seguintes valores: honestidade; responsabilidade social; prioridade aos mais vulneráveis; respeito pela dignidade humana; trabalho em equipa e entreajuda; solidariedade; confidencialidade; imparcialidade; comprometimento com a comunidade; justiça e equidade; ética; profissionalismo e rigor.

No que se refere à visão da UCP e de acordo com os objetivos dos Cuidados Paliativos, é da responsabilidade dos serviços garantir Cuidados Paliativos de qualidade, que vão de encontro às necessidades dos doentes, famílias e dos profissionais que destes cuidam. Também devem ser considerados os efeitos psicossociais dos cuidados, a satisfação do utente e a sua participação na tomada de decisão e a satisfação dos prestadores de

cuidados. Assim, pretende ser reconhecida como uma Unidade de referência e com um nível elevado de cuidados.

Ainda no que concerne ao compromisso assistencial, este é sustentado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (2009) onde indica que compete à Unidade assegurar as suas funções através do compromisso assistencial contratualizado internamente, que se contextualiza no seu Plano de Ação. Neste Plano de Ação, consta o planeamento das atividades de prestação de cuidados de saúde e sociais, numa vertente institucional, mencionando os objetivos, indicadores e metas a alcançar (nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência).

Particularizando a atividade da UCP, no compromisso assistencial serão objetivados alguns traços da sua atividade.

- **Horário funcionamento**

A UCP irá funcionar nas 24 horas por dia, 7 dias por semana, ininterruptamente todos os dias do ano.

No que concerne ao acompanhante e às visitas em geral prevemos o seguinte horário: para o cuidador principal/representante legal irá ocorrer entre as **9h e as 20h** todos os dias da semana. No entanto será permitida a sua permanência durante o período noturno se assim o desejar. No que concerne ao horário das visitas em geral aos utentes da Unidade, será entre as **15h e as 19h** todos os dias da semana para o máximo de 2 pessoas de cada vez. É nosso objetivo que a família seja um elemento integrante da equipa de saúde e possa deste modo, participar em todo o processo de doença do seu familiar doente.

2.2.3. Sinalização, Ingresso e Admissão

O sistema de referenciação nas Unidades da RNCCI faz-se sempre através de uma ECL, mediante uma proposta, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde (comunidade), independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatorio ou de apoio domiciliário. Face à proposta de ingresso, a ECL, após análise e decisão sobre a situação referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responde às necessidades do doente/família, sendo, de igual forma, a responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação (MCSP e UMCCI, 2007).

Em todo este processo, desde a verificação das necessidades de integração até à própria admissão numa UCP, são vários os intervenientes. Desde os familiares, do próprio doente, aos profissionais de saúde que identificam esta necessidade e que a transmitem às equipas competentes, todos estão envolvidos no processo e cada um deles tem um papel fundamental a desempenhar, como veremos nas secções que se seguem.

Para que os doentes possam beneficiar dos cuidados prestados numa UCP da RNCCI, são necessárias algumas características e ultrapassar 3 etapas: a sinalização, o ingresso e a admissão.

- **Sinalização**

Os doentes podem ter acesso à UCP da RNCCI através dos hospitais do SNS e da comunidade (pelos CS).

Na primeira, através do planeamento da alta observando a necessidade de cuidados especializados do foro clínico em que o doente é sinalizado (Anexo 6) à EGA que posteriormente enviará à ECL da área do domicílio a proposta de ingresso com antecedência mínima de 48 horas antes da data da alta. Na segunda, onde o doente se encontra no domicílio, num hospital particular ou noutro local de residência, em que a sinalização deve ser feita pelo médico de família, enfermeiro ou assistente social da área do domicílio do doente. O doente identificado terá que ser avaliado pela ERCSP, onde o seu Elemento Referenciador que poderá ser qualquer um dos elementos da equipa multidisciplinar (equiparado à EGA dos Hospitais), após verificar se possui as necessidades de cuidados, encaminhará a proposta de ingresso à ECL.

Após a referenciação, a ECL avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do doente. A EGA/ERCSP assegura a atualização de toda a informação que deve acompanhar o doente no momento da alta hospitalar e consequente admissão em Unidade ou Equipa da RNCCI, designadamente quanto a:

- Nota de alta médica, com informação da situação clínica e esquema terapêutico;
- Notas de enfermagem, com indicação das necessidades em cuidados;
- Notas do serviço social;
- Cópia dos MCDT's realizados ou do relatório dos mesmos;
- Anotações sobre o programa de seguimento do doente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento do doente, quando aplicável.

Na referenciação do doente para estas Unidade ou Equipa deve ter-se em conta a proximidade da área de residência do doente, relativamente à Unidade ou Equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Após todo este circuito, a proposta chega à ECR que por sua vez articula com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da RNCCI, sendo que uma das suas competências passa pela promoção de formação específica e permanente aos diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados continuados integrados. A todas estas equipas intervenientes no processo compete a identificação de necessidades e consequentemente a apresentação de propostas para a promoção de ações no sentido de que estas sejam colmatadas.

- **Ingresso**

O processo de ingresso na RNCCI é da responsabilidade da ECL que após a verificação do cumprimento dos requisitos encaminha ou não para uma Unidade da Rede (Anexo 7).

O ingresso dos doentes à RNCCI está condicionado ao preenchimento de critérios de referenciação que consagram as condições de admissão e de exclusão de doentes nessas tipologias de serviços. Cabe a cada ECL determinar a admissão na Unidade da RNCCI. Para o efeito, cada ECL é responsável pela apreciação da avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação, para além de verificar o cumprimento dos requisitos enunciados no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

O ingresso na RNCCI é efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

Para que o doente possa ingressar numa Unidade da RNCCI é ainda necessário que o próprio ou o seu representante autorize por escrito, através do Termo de Aceitação (Anexo 8) e o Consentimento Informado (Anexo 9) .

A referenciação deve também ser acompanhada da respetiva documentação, destacando a avaliação clínica, social e os objetivos terapêuticos.

Na UCP os cuidados a prestar aos doentes são principalmente os destinados a doentes com doença complexas em estado avançado, com evidências de falha na terapêutica utilizada e que por isso necessitem de gestão de regime terapêutico.

- **Admissão**

São admitidos na UCP os doentes referenciados pela ECL que preencham os critérios previstos na legislação aplicável e nas orientações emanadas pela ACSS para este efeito.

De acordo com o preconizado no número anterior, são admitidos na UCP os doentes em que se verifiquem as seguintes características:

- Não têm perspetiva de tratamento curativo;
- Têm rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada;
- Têm intenso sofrimento por descontrolo de sintomas;
- Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico organizado e interdisciplinar;

Tendo presente os critérios anteriores, os critérios de admissão dos doentes para a unidade não se baseiam no diagnóstico, mas numa abordagem à pessoa e família como um todo, tendo em conta as dimensões físicas, psicológica, social, espiritual e emocional.

Assim, os critérios de admissão para esta UCP são os seguintes:

- Doente em fase terminal de vida (prognóstico de vida limitado) com idade superior a 18 anos;
- Descontrolo sintomático (> a 1 sintoma) ao nível físico e psicológico severo e frequente, que exijam uma intensidade de cuidados específica e intensa, que dificilmente serão possíveis de prestar no domicílio, na RNCCI ou nas estruturas hospitalares [proposta de revisão PNCP (2008-2016), p.12];
- Recusa do doente/família em morrer em casa.
- Descanso do Cuidador tendo o doente ao seu cuidado os critérios referidos.

Desta forma, estão automaticamente excluídos os doentes em situação aguda, em recuperação ou com incapacidades de longa duração. Nestes casos serão reencaminhadas para outras unidades da RNCCI existentes na região.

Embora sejam admitidos doentes com prognóstico de vida limitado, assim que o doente apresentar a sua situação de saúde estabilizada, será analisada a possibilidade do mesmo regressar ao seu domicílio através de uma conferência familiar (equipa multidisciplinar, doente e família) caso seja viável (considerando a possibilidade de existência de algum critério prioritário presente na alínea seguinte). Será tida em consideração em primeiro lugar a vontade e decisão do doente e da família. Prevê-se também o acompanhamento da família no processo de luto.

Apenas são admitidos nas Unidades da RNCCI doentes referenciados pela ECL. Os Doentes são referenciados pela ECL na decorrência de identificação da situação de dependência, mediante proposta de admissão à unidade contendo informação clínica e social do doente e de harmonia com os critérios estabelecidos pela RNCCI para a admissão na UCP.

No processo de referenciação, a ECL envia à Unidade da RNCCI toda a documentação administrativa, clínica e social imprescindível à constituição do processo do doente e à preparação do plano de intervenção da equipa da Unidade da RNCCI. Entre outra, deve ser fornecida a seguinte informação:

- Entidade financeira responsável;
- Número de beneficiário de subsistema, caso exista;
- Número de bilhete de identidade/cartão de cidadão;
- Número de doente do SNS;
- História clínica e social;
- Esquema terapêutico;
- Cópia dos MCDT's realizados, que sejam relevantes para a decisão clínica;
- Concordância formal do doente quanto à admissão na UCP e à assunção dos encargos decorrentes da prestação de cuidados sociais cujo valor foi previamente calculado pela ECL.

O PII requer intervenção multidisciplinar e é elaborado pela equipe multidisciplinar após a admissão do doente, sendo revisto periodicamente.

A admissão na UCP é determinada por proposta médica e sempre com consentimento assinado pelo doente ou na sua impossibilidade pelo cuidador principal/representante. Nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

Para poder ser admitido em unidades da RNCCI o doente, para além de observar os requisitos enunciados no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, deve preencher, pelo menos, um dos critérios de referenciação específico de admissão na unidade em causa e, simultaneamente, não se encontrar em qualquer das situações que dão lugar a exclusão. A entrada do doente na unidade deve ocorrer até às 18h00, salvo em situações excecionais de que tenha sido dado conhecimento prévio à UCP.

O doente não poderá ser admitido numa Unidade de Internamento da RNCCI se se verificar um dos seguintes critérios:

- Doente com episódio de doença em fase aguda;

- Com exclusiva necessidade de apoio social
- Onde o único objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico

A admissão de doentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação da EGA/ERCSP, de acordo com o referido no art. nº 20. A ECR determina a admissão do doente em unidade ou equipa da RNCCI, preferencialmente, de acordo com a unidade indicada pelo doente, na medida dos recursos/ vagas existentes.

A unidade ou equipa da RNCCI deve efetivar a admissão do doente no prazo de 48 horas ou solicitar a reavaliação à equipa da RNCCI. A ECL deve assegurar a atualização de toda a informação relativa ao doente que consta do processo de referenciação (Anexo 10).

2.2.4. Definição do Modelo de Cuidados para a Prestação de Cuidados Paliativos

Na UCP os cuidados que pretendemos prestar enquadram-se nos Cuidados Paliativos de Nível II que tal como já mencionamos anteriormente no trabalho, por serem Cuidados Paliativos prestados em unidades de internamento próprio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os cuidados e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas (Apêndice 5). Estes são multidisciplinares, com formação diferenciada em Cuidados Paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, também incluem técnicos nas áreas sociais, psicológica e espiritual.

O modelo a utilizar será o Cooperativo com Intervenção nas Crises, que também como já referido anteriormente por se tratar de uma filosofia muito própria, pois nos Cuidados Paliativos a melhoria da qualidade é um imperativo de intervenção. Nesse contexto os modelos de intervenção deverão procurar sempre o alívio do sofrimento dos doentes e suas famílias, e constante promoção da melhoria da qualidade de vida.

Assim, e segundo preconiza Sancho (1994), os objetivos terapêuticos vão sendo alterados à medida que a própria doença evolui, mediante o objetivo de cada opção terapêutica, sendo evidente um papel mais preponderante do tratamento do foro paliativo conforme a doença progride. Nesta fase, os objetivos terapêuticos estão dirigidos para a promoção do conforto do doente/família.

Tendo em conta o referido anteriormente, o principal objetivo da intervenção em Cuidados Paliativos na UCP será “garantir a melhor qualidade de vida tanto para a pessoa em fim de vida como para seus familiares, postulam a qualidade do viver, em contraposição a uma quantidade do viver às custas do sofrimento, procuram dar suporte

familiar, acompanhando-os no processo de luto após o óbito da pessoa doente” (Cerqueira, 2010, p. 50).

Neste sentido iremos adotar a mesma filosofia que já utilizamos para as restantes Unidades da RNCCI que possuímos. Os objetivos terapêuticos, farmacológicos ou não, serão sempre delineados com a colaboração do doente e da sua família considerada a mais significativa ou cuidador principal se for o caso, através da elaboração do PII (Apêndice 1). Plano esse que a UMCCI (2009) o define como o “conjunto de objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais”.

A UCP assegurará os seguintes cuidados e serviços aos seus doentes internados:

- Cuidados médicos diários;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes;
- Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual para doentes, familiares e profissionais;
- Apoio e intervenção no luto;
- Atividades de manutenção (com o apoio de Fisioterapia);
- Higiene, conforto, alimentação;
- Convívio e lazer;

Restringindo-nos aos Cuidados Paliativos na UCP, estes pretendem “ajudar os doentes no final da vida e para os quais já não existe o menor projeto curativo, o menor projeto para os tratar” (Abiven, 2001, p. 18). Não podendo deixar de salientar a singularidade e particularidade com que cada situação deve ser encarada, podemos definir para os seguintes objetivos:

- Avaliar as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos doentes admitidos na UCP;
- Promover e implementar estratégias, em equipa multidisciplinar, ao doente/família, com a intenção de proporcionar bem-estar e qualidade de vida até o fim da vida;
- Estabelecer plano de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos destinados a proporcionar alívio da dor e outros sintomas do doente;

- Implementar o PII com vista a orientação e apoio adequado do doente/família, no decurso da fase paliativa da doença;
- Facultar ao doente/família o plano de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, bem como o PII;
- Proporcionar suporte no período de luto, após o falecimento do doente, através da aplicação do Procedimento de Intervenção no Luto (Apêndice 6);
- Organizar e implementar medidas para prevenir os sintomas de exaustão no cuidador principal;

2.2.5. Constituição do Processo Individual do Doente

O processo individual do doente (Apêndice 7) é único e reúne toda a informação clínica, social e administrativa, incluindo, obrigatoriamente:

- Ficha de Identificação do Doente (Apêndice 8) onde conste, entre outros, a:
 - Data de admissão;
 - Identificação e contato do médico assistente;
 - Identificação do Gestor de Caso;
 - Identificação e contato dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
- Processo Médico:
 - Nota de entrada clínica (Apêndice 9);
 - Diário Clínico (Apêndice 10);
 - Plano Terapêutico (Apêndice 11);
- Processo de Enfermagem:
 - Avaliação Inicial de Enfermagem (Apêndice 12);
 - Registos Enfermagem (Apêndice 13);
 - Notas de Evolução de Enfermagem (Apêndice 14);
 - Registo Tratamento de Feridas (Apêndice 15);
 - Folha de Registo de Terapêutica - “cardex” (Apêndice 16);
 - Registo de Quedas (Apêndice 17);
- Processo Medicina Física e Reabilitação:
 - Avaliação de Fisiatria (Apêndice 18);
 - Avaliação de Fisioterapia (Apêndice 19);
 - Registos Fisioterapia (Apêndice 20);
- Processo Social:

- Avaliação Social (Apêndice 21);
- Tomada de Conhecimento - Admissão (Apêndice 22);
- Termo de Responsabilidade (Apêndice 23);
- Registos Serviço Social (Apêndice 24);
- Processo Psicologia:
 - Mini Mental Examination (a aguardar autorização para a sua utilização) (Apêndice 25);
 - Anamnese Psicológica (Apêndice 26);
 - Registos Psicologia (Apêndice 27);
- Processo Nutrição:
 - Avaliação Nutricional Inicial (Apêndice 28);
 - Reavaliação Nutricional (Apêndice 29);
- Processo de Animação Sócio Cultural
 - Avaliação de Necessidades (Apêndice 30);
 - Planificação Semanal das Atividades (Apêndice 31);
- Outros Documentos:
 - Termo de Aceitação (Anexo 8);
 - Consentimento Informado (Anexo 9);
 - PII Multidisciplinar (Apêndice 1);
 - Registo relativos à evolução do estado de saúde do doente no âmbito dos respetivos PII (grelha de Avaliação dos PII) (Apêndice 2);
 - Carta de Alta Multidisciplinar (Apêndice 32);
 - Validação da Alta pela ECL (Apêndice 33);
 - Autorização para Deslocação ao Domicílio (Apêndice 34);
 - Termo de Responsabilidade para Deslocação ao Domicílio (Apêndice 39);
 - Declaração de Autorização de Saída (Apêndice 35);
 - Ensino ao Cuidador (Apêndice 36);
 - Lista de Bens do Doente (Apêndice 37);
 - Registo de Espólio (Apêndice 38);

O processo é estruturado de acordo com as diretrizes emanadas pela ACSS, e pelo Centro Distrital do ISS, I.P. (CDISS) e a legislação aplicável.

O processo individual do doente é permanentemente atualizado, sendo que, no que se reporta a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação clara do seu autor onde conste a sua assinatura/rúbrica. O processo pode

ser consultado pelo doente e pelos seus familiares (nomeadamente o cuidador principal) ou representante legal nos termos da legislação aplicável.

A Unidade assegura o arquivo do processo individual do doente, em conformidade com a legislação vigente.

2.2.6. Procedimentos de Mobilidade e Alta

Não sendo este infelizmente um tema muito comum nas UCP, é também algo importante e que se deve ter em conta quando os motivos que levaram ao internamento, estejam ultrapassados e o doente possa regressar a casa para juntos dos que lhe são mais queridos de forma a poder morrer no conforto do seu Lar, como deveria acontecer a todos, dando assim lugar a quem se encontre em situação que justifique o internamento como já mencionei anteriormente. De referir ainda que, conforme descrito no Diário da República, 1.^a série - N.º 174 de 10 de setembro de 2014, o procedimento de mobilidade e alta pode também ter como objetivo a transferência por proximidade ao domicílio do doente, sendo prioritária em relação aos que se encontram em lista de espera para admissão na RNCCI. É um direito que lhe assiste e que no momento em que é realizada a admissão pode não ser possível, por ausência de vaga na Unidade mais próxima da sua área de residência.

Assim, quando atingidos os objetivos terapêuticos ou considerada adequada uma mudança de tipologia dentro da RNCCI (caso se justifique), bem como na já referida transferência por proximidade dentro da mesma tipologia, a Unidade fará proposta fundamentada à ECL, para apreciação e validação.

O planeamento da alta é iniciado logo após a admissão do doente por forma a permitir a articulação atempada com outras entidades, a elaboração e transmissão de informação da equipa multidisciplinar e a continuidade da prestação de cuidados.

No processo de planeamento da alta, a Unidade deve:

- Disponibilizar ao doente ou seu representante legal, tal como à ECL com 48 horas de antecedência, relatório circunstanciado dos cuidados que lhe foram prestados, denominado por Carta de Alta Multidisciplinar (Apêndice 32) bem como a declaração de Validação pela ECL (Apêndice 33);
- Enviar à equipa de saúde familiar do doente informação da situação clínica com cópia da Carta de Alta Multidisciplinar;
- Arquivar cópia da Carta de Alta Multidisciplinar no Processo Individual do Doente;

- A unidade em articulação com o doente e a sua família, deve diligenciar no sentido da alta se verificar até às 16h00.

Os demais Procedimentos de Mobilidade e Alta (Apêndice 40) devem respeitar as diretrizes e orientações sobre a matéria emanadas pela ACSS, e pelo CDISS, I.P.

Não sendo considerado propriamente um processo de mobilidade e alta, achamos ser de grande importância e que podemos incluir nesta secção, a deslocação ao domicílio de forma a proporcionar passar o fim de semana juntos dos seus entes queridos desde que reúna as condições necessárias, principalmente clínicas, como por exemplo o controle de sintomas. Nesta deslocação, a Unidade faculta toda a medicação necessária. No entanto, para que o doente possa usufruir desta deslocação ao domicílio, necessita de uma autorização médica (Apêndice 34) bem como do Termo de Responsabilidade (Apêndice 39) por parte do familiar/cuidador principal. A UCP permite também dentro dos mesmos termos, a saída do doente por um período do dia, proporcionando ao doente um “passeio” com um familiar ou amigo que o venha visitar (Apêndice 35);

2.2.7. Identificação dos Gestores de Caso

Apesar de nesta última etapa da vida do doente paliativo querer, tal como os seus familiares permanecerem no domicílio o maior tempo possível até ao momento da sua morte, muitas vezes esse propósito não pode ser cumprido, pelo facto de existir descontrolo sintomático difícil de minimizar em casa. É neste sentido que as unidades de internamento podem e devem intervir, com a prestação de cuidados especializados administrados por profissionais de saúde com formação específica e motivados para colmatar as necessidades do doente em fase terminal da sua doença. Por este motivo e de forma que possa haver um acompanhamento mais eficaz e uma interação mais sólida com a equipa/doente/família, torna-se necessária a existência de um Gestor de Caso (Apêndice 41) como nos indica a World Health Organization (2012). Segundo Meier [et. al.] (2007) a nomeação de um Gestor de Caso torna-se preponderante, trazendo benefícios quer para o doente quer para a sua família tais como: o acesso á informação desejada; uma continuidade de cuidados que fomenta o apoio para a tomada de decisões; uma coordenação do caso que permite supervisionar a qualidade dos cuidados prestados; uma disponibilidade maior para o doente e família.

Segundo os mesmos autores, o Gestor de Caso deverá ser o elemento da equipa multidisciplinar que esteja mais diretamente envolvido com a situação e que melhor reúna as condições para responder à maior parte das necessidades identificadas, sendo por

isso a figura da equipa que tem a vantagem de aumentar a satisfação dos doentes e de diminuir os custos justificado pelo seu conhecimento aprofundado da situação do doente de forma a melhor avaliar as suas necessidades, otimizando recursos e tempo respetivamente. Para Neto (2003), este elemento será o vetor fundamental na comunicação com a família, no entanto os outros elementos que constituem a equipa podem e devem ser chamados para colaborar no apoio à mesma.

A principal função do Gestor de Caso é coordenar todos os recursos a intervir junto do doente e da sua família. Normalmente esta função é da responsabilidade de um elemento da equipa de enfermagem pela sua maior proximidade com o doente. Em regime de internamento é o enfermeiro que permanece as 24 horas do dia junto do doente que experiencia a ultima etapa da vida e como tal, será o profissional de saúde que melhores condições reúne para dar resposta a um maior número de necessidades identificadas (Parente [et. al.] 2002).

Este será também o profissional que se responsabilizará pela coordenação e monitorização do PII. A indicação do Gestor de Caso estará afixada em local visível na Unidade para consulta (Apêndice 42).

2.2.8. Monitorização da Qualidade dos Serviços Prestados

A fase de consolidação terá uma duração de aproximadamente um ano, consistindo na melhoria do trabalho em equipa, numa perspetiva interdisciplinar. Nesta fase seriam incorporados todos os elementos para completar a equipa. O voluntariado seria admitido numa fase posterior, após seleção e formação das pessoas envolvidas.

Consideramos que estarão criadas as condições para se atingir consenso interno e externo, partilhando modos de atuação com outras equipas a desenvolver trabalho nesta área. É a fase em que prevemos um investimento maior na área da investigação e formação, nomeadamente em atividades de formação de formadores

Ao fim de 3 anos de funcionamento pensamos poder alcançar a fase de estabilidade. Todos os profissionais terão formação específica, de acordo com os planos desenvolvidos e estarão alcançados e estabilizados os consensos internos e externos. Espera-se que nesta fase a Unidade esteja integrada e articulada com a Comunidade.

Na fase de estabilidade, a equipa já estará em condições de não entrar em crise na sua dinâmica, se houver necessidade de substituir algum profissional.

Ao longo destes anos a avaliação integrará todo o processo, levando constantemente aos ajustes necessários para melhorar o desempenho, pelo que passaremos de seguida a descrever as estratégias delineadas para a avaliação.

A avaliação constitui um aspeto chave para o desenvolvimento adequado de um projeto de intervenção, tendo especial interesse nesta área.

Para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta o doente e sua família e a equipa multidisciplinar, delineamos as seguintes estratégias de avaliação:

- Avaliação trimestral com a ECL aplicando a Grelha de Acompanhamento/Avaliação da RNCCI (Anexo 11);
- Avaliação da satisfação dos doentes e suas famílias, aplicando Inquérito de Satisfação, definindo as datas a aplicar (instrumento ainda a definir e que esteja validado);
- Avaliação anual da satisfação dos profissionais por aplicação de Questionário de Avaliação de satisfação dos colaboradores (instrumento ainda a definir e que esteja validado);
- Promover reuniões multidisciplinares semanais para discutir os resultados, procurando resolver e/ou minimizar os problemas detetados;
- Avaliação da qualidade dos cuidados prestados, mensalmente, por indicadores a definir;
- Avaliação de desempenho dos profissionais, por auto (Apêndice 43) e hétero avaliação (Apêndice 44).

Será um processo constante de construção e de crescimento pessoal e profissional para a equipa envolvida, bem como de avaliação como garante da qualidade (Apêndice 45).

2.2.9. Elaboração e Implementação do Plano de Formação na Equipa Multidisciplinar

O facto de nos inserirmos numa formação profissional que se enquadra numa formação de adultos implica que a conceção e elaboração do Plano de Formação (Apêndice 46) deve ter como ponto de partida as necessidades de formação na perspetiva da instituição, da equipa, do doente e da família onde deverá ser aplicado o Questionário de Necessidades de Formação (Apêndice 47).

A primeira etapa do desenvolvimento de um Plano de Formação passa obrigatoriamente pelo levantamento e análise das necessidades de formação cuja determinação é fulcral para assegurar a adequação dos programas de formação. Os meios utilizados são

variados, nomeadamente projetos e relatórios, observação, incidentes críticos, questionários, entrevistas formais e informais, reuniões de equipa, informação fornecida pelo enfermeiro chefe, médicos, utentes e outros. Tendo em conta que “necessidade” é uma palavra polissémica, marcada pela ambiguidade e pelo carácter subjetivo, só tendo sentido no sujeito que a sente, percebe-se que a intervenção e implicação dos profissionais na análise de necessidades de formação é determinante para a elaboração de planos de formação exequíveis e favorecedores num determinado contexto. A emergência das necessidades é condicionada pela heterogeneidade dos adultos: nível dos próprios conhecimentos, modo de funcionamento mental, traços dominantes da sua personalidade, prática profissional e social. Nesta perspetiva andragógica o indivíduo é “senhor” da sua vida, capaz de determinar as mudanças que deseja realizar e forma-se na produção e não no consumo de saberes. O adulto em formação é pedagogicamente ativo e devem ser valorizadas as suas experiências e capacidades. Neste contexto, o formador deve ser facilitador da aprendizagem e não um simples transmissor.

Partindo deste pressupostos, numa primeira fase vamos dinamizar a formação de acordo com as orientações nacionais, nomeadamente da APCP e das orientações internacionais EAPC, numa segunda fase as necessidades de formação serão ditadas pela equipa multidisciplinar.

Para Marcel Lesne (1984), a formação de adultos deve ser entendida como parte e momento do processo permanente de socialização, podendo ser considerada uma instância de socialização ou de aculturação dos indivíduos, que não deve negligenciar os papéis socioprofissionais e socioculturais.

O conceito de agente de socialização, segundo Lesne (1984) diz respeito ao indivíduo que, a partir da sua posição numa dada instituição, exerce sobre as outras pessoas uma certa pressão e uma certa ação. Neste papel o indivíduo é determinado e determinante uma vez que age em e sobre as condições estruturais do processo. Tendo como referência estes pressupostos, Marcel Lesne (1984) construiu três modos de trabalho pedagógico que se inscrevem no seu modelo de formação de adultos:

MTP 1 - Modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa: O indivíduo é objeto de formação sendo influenciado por processos diretos que visam a transmissão de saberes de valores, normas, modos de pressão, entendimento e ação. Visa uma adaptação simples, que conduza a modelagem/reprodução social associada a um carácter de submissão. Para além de pretender preparar para determinados papéis ou compensar inaptações entre os indivíduos e as exigências da sociedade, pressupõe uma reprodução do sistema e das relações económicas, sociais e profissionais já

existentes, impondo uma qualificação profissional e social. O conteúdo e estratégias da formação são definidos pelo formador que se assume como especialista, detentor do saber e define, com base no seu saber e nos efeitos pretendidos, as necessidades de formação dos formandos.

MTP 2 - Modo de trabalho pedagógico de tipo incitativo, de orientação pessoal: O indivíduo como sujeito da sua própria formação que se pretende que desenvolva por tomada de consciência no quadro de pequenos grupos. Este modo de trabalho pedagógico visa o desenvolvimento individual, tendo por base as motivações, aspirações, intenções e disposições das pessoas em formação. Tendo como objetivo uma adaptação ativa que prepare os indivíduos para novas exigências dos estatutos e papéis sociais. O conteúdo e estratégias de formação são definidos tendo em conta as necessidades expressas pelo grupo.

MTP 3 - Modo de trabalho pedagógico de tipo apropriativo, centrado na inserção social: O indivíduo visto como agente de formação e agente de influência social, integrado numa rede de relações no seu contexto real. Assume uma função produtora e transformadora da sociedade, ajudando a uma apropriação cognitiva do real, que se opera com auxílio de uma equipa de formadores que deve assegurar a relação entre a teoria e a prática desde o primeiro momento.

Incide sobre problemáticas emergentes de situações da vida real, num exercício democrático entre formadores e pessoas em formação. Este modo de trabalho pedagógico é o que melhor concretiza os princípios da formação, valorizando a especificidade do adulto, sendo por isso o que iremos adotar para a formação que vamos realizar aos elementos da equipa multidisciplinar da UCP.

Para este autor, os modos de trabalho pedagógico anteriormente descritos, não existem no seu estado puro e não se excluem uns aos outros, no entanto devem ser confrontados com a realidade dos percursos pedagógicos.

Partindo destes princípios, está previsto um plano de formação contínua que será conduzido pela equipa responsável pela Unidade, com formação pós-graduada e experiência em Cuidados Paliativos. Paralelamente, será possível que os profissionais, de forma seriada e organizada, participem em formação pós-graduada na área dos Cuidados Paliativos. Em relação a esse assunto, a AECP, citada pela ANCP, definiu os seguintes níveis de formação e respetivos destinatários:

Nível A

Básica pré-graduada: Futuros profissionais de enfermagem durante a sua formação profissional básica.

Básica pós-graduada: Profissionais de enfermagem que prestam cuidados em serviços gerais de saúde mas que se podem confrontar com situações que necessitem de uma abordagem paliativa.

Nível B

Avançada pós-graduada: Profissionais de enfermagem que trabalham em serviços de Cuidados Paliativos ou em serviços gerais onde desempenhem funções de referência em Cuidados Paliativos. Profissionais de enfermagem que frequentemente se confrontem com situações de Cuidados Paliativos (ex.: oncologia, cuidados comunitários, cuidados pediátricos ou geriátricos).

Nível C

Especialista (pós-graduada): Profissionais de enfermagem que são responsáveis por unidades de Cuidados Paliativos ou exerçam consultadoria, ou contribuam ativamente para a formação e investigação em Cuidados Paliativos. Pretende-se que no prazo de cinco anos todos os profissionais que desempenham funções na UCP tenham formação nível B.

De forma a proporcionar formação continua, a UCP irá apoiar e incentivar a formação contínua ou em exercício de todos os colaboradores, como forma de desenvolvimento pessoal e profissional, através da valorização das suas competências técnicas, humanas e sociais. Para isso é necessário que, na figura do diretor técnico, se proceda ao seguinte:

- Aprovar anualmente um plano de formação para os diferentes grupos profissionais da Unidade, com base no levantamento de necessidades, privilegiando as ações que visem a participação conjunta da equipa multidisciplinar;
- Divulgar ações de formação e outras oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, quer dentro da instituição, quer noutras;
- Veicular informação sobre assuntos técnico-científicos de interesse no âmbito da saúde e particularmente na área dos cuidados continuados.

O plano de formação será da responsabilidade de um elemento de cada Unidade (UCCIMDR e de UCCILDM) com formação específica na área de Cuidados Paliativos. A implementação do Plano será da nossa responsabilidade. O referido plano de formação

foi realizado após uma revisão teórica e um diagnóstico de situação na área dos Cuidados Paliativos e atendendo às recomendações da APCP quer em termos de temas e horas (Apêndice 48).

2.2.10. Definição dos Critérios de Qualidade para a Unidade de Cuidados Paliativos

A qualidade em saúde é a condição necessária para um clima de confiança num sistema de cuidados, isto é, os utentes de um serviço de saúde, esperam receber cuidados individualizados e prestados por profissionais qualificados. Os programas de garantia da qualidade provocam mudanças nas práticas, nesse sentido, a qualidade dos cuidados tornou-se uma preocupação dos responsáveis políticos, dos gestores dos serviços de saúde, dos prestadores e dos consumidores dos cuidados.

Num plano de avaliação da qualidade é necessário definir o que se entende por qualidade de cuidados prestados: ao doente/família, tendo em conta indicadores como o sexo, idade, classe social, estado de saúde e o meio em que os cuidados são desenvolvidos; e aos profissionais de saúde, segundo a sua área de especialidade, idade, dotação de pessoal e tipo de instituição; aos gestores e ao público em geral. Neste plano também devem ser considerados os efeitos psicossociais dos cuidados, a satisfação do utente e a sua participação na tomada de decisão e a satisfação dos prestadores de cuidados. No caso específico da organização de serviços de Cuidados Paliativos, deve ser considerada a realização de estudos sobre a carga psicológica suportada pelos profissionais de saúde (Apêndice 49).

Outro aspeto importante da avaliação de qualidade é a divulgação dos resultados, os quais devem ser divulgados aos profissionais e cuidadores informais de cuidados.

Gómez-Batiste (2005) refere que para um serviço ser considerado de qualidade necessita ter determinados elementos como: competência, efetividade, eficácia, eficiência, adequação/oportunidade, acessibilidade, satisfação, privacidade, participação, continuidade, segurança, equidade, cobertura e adaptação ao meio.

Nesta linha de pensamento, e pretendendo a garantia da qualidade de cuidados, a equipa multidisciplinar já referida anteriormente deverá reunir semanalmente e/ou sempre que se julgue necessário, preferencialmente assumindo a forma de visita semanal a todos os doentes internados. Para que isso se verifique é necessário que a equipa de saúde tenha em conta as seguintes competências:

- Proceder a uma avaliação multidimensional do doente, elaborar a lista de problemas ativos e passivos e definir o PII e os objetivos a atingir;

- Proceder aos registos necessários ao desenvolvimento das ações, sua monitorização e respetivas avaliações multidisciplinares;
- Dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados, nomeadamente sobre questões de ética, humanização e qualidade dos serviços;
- Propor ações que visem a melhoria contínua da qualidade dos serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde;

As competências de cada categoria profissional encontram-se descritas no Manual de Funções (Apêndice 50). De forma a reforçar as atividades/funções dos profissionais que permanecem 24h por dia com o doente nos 3 turnos, os enfermeiros e as auxiliares de ação médica, elaboramos os respetivos Planos de Trabalho (Apêndice 51 e Apêndice 52).

O mapa de pessoal e as escalas respetivas serão afixados em local visível e acessível a todos os profissionais, doentes e seus familiares.

A atividade da UCP irá dar resposta a alguns critérios, sendo que, para os restantes foram criados instrumentos e complementados com formação, para posterior efetuação. Assim, na tabela que se segue daremos a conhecer os critérios de qualidade definidos pela APCP e na coluna da direita, a descrição da atividade assistencial da UCP que permite a concretização dos referidos critérios.

CUIDADOS AO DOENTE E FAMÍLIA		
Avaliação das Necessidades	1. Tem de ser efetuada e todo doente/família, a avaliação das necessidades, que obrigatoriamente deverá ficar registada/incluída no processo clínico.	Realização da Avaliação Inicial nas primeiras 24h após admissão na Unidade bem como da primeira conferência familiar nas primeiras 48h.
	2. As necessidades do doente/família têm de ser periodicamente reavaliadas pela equipa.	Realização de uma reunião multidisciplinar semanal e trimestral com a ECL Vale do Lima e Coura.
	3. O grau de dependência de cada doente deve ser avaliado e registado.	Avaliação do grau de dependência através do Escala de Barthel (Anexo 5).
Estabelecimento de objetivos terapêuticos	4. Deverá ser definido para cada utente um plano terapêutico personalizado.	Realização do PII (Apêndice 1) e da grelha de avaliação (Apêndice 2).
	5. O plano terapêutico personalizado deverá ser reavaliado regularmente.	Reavaliação diária pela equipa e sempre que se justifique ou verifique alterações do estado clínico
	6. Deverá ser definido um plano de apoio às necessidades do cuidador.	Realização do PII (Apêndice 1) e da grelha de avaliação (Apêndice 2).
	7. A intensidade dos sintomas prevalentes deverá ser avaliada e	Monitorização periódica dos sintomas através da

	registada.	avaliação de sintomas de Edmonton (Anexo 3).
	8. Deverá estar na posse de cada doente/família o plano famaco/terapêutico.	Apresentação do Plano Terapêutico do doente nas primeiras 24h (Apêndice 11).
Cuidados ao doente e família	9. Deverá existir um guia de acolhimento para o doente/família.	Entrega do Guia de Acolhimento no momento da admissão na Unidade (Apêndice 54).
	10. As Unidades com internamento deverão permitir as visitas no período das 24 horas de forma livre.	Sempre que solicitado, o familiar poderá permanecer durante o período noturno.
	11. A unidade deverá ter definido e dado conhecimento ao doente e família como recorrer aos seus serviços em caso de urgência.	Não se verifica
	12. O cuidador principal deve ser identificado desde o primeiro momento do apoio assistencial.	Identificação do cuidador principal no momento da admissão (Apêndice 8).
	13. O risco de luto patológico deverá ser avaliado e registado.	Aplicação do Protocolo de Intervenção no Luto (Apêndice 6).
	14. O apoio no luto deverá ser suportado por um plano específico e personalizado.	Aplicação do Protocolo de Intervenção no Luto (Apêndice 6).
	15. O doente deve poder expressar por escrito as suas disposições prévias em relação a acontecimentos que possam ocorrer no futuro.	Realização de conferência familiar nas primeiras 48h e sempre que necessário.
Educação do doente e família	16. Todas as intervenções deverão ser sujeitas ao consentimento informado do doente/família.	Realização de conferência familiar nas primeiras 48h e sempre que necessário.
	17. Deverá existir um protocolo de deteção das necessidades de educação/informação dos doentes e sua família.	Realização de conferência familiar nas primeiras 48h e sempre que necessário.
TRABALHO EM EQUIPA MULTIDISCIPLINAR		
Sistema de Trabalho em Equipa	18. A Equipa deverá ter devidamente estruturada a sua composição, identificação do coordenador/coordenação, e com funções dos demais elementos.	Descrito no Manual de Funções (Apêndice 50);
	19. A Equipa Interdisciplinar deverá regularmente reunir-se, com um intervalo máximo de 15 dias.	Realização de uma reunião multidisciplinar semanal.
	20. Deverão existir protocolos de cuidados.	Existência de Procedimento de Intervenção no Luto (Apêndice 6); Protocolos de Atuação (Apêndice 55); Manual de Funções (Apêndice 50); Manual de Procedimentos da UCP (Apêndice 56);
	21. A variabilidade do processo	Equipa Multidisciplinar

	assistencial deverá ser reduzida ao mínimo indispensável.	estável.
Cuidado e Suporte da Equipa	22. Deverão estar formalmente estabelecidas intervenções para a prevenção do burnout dos elementos da equipa.	Aplicação do Plano de prevenção do Burnout (Apêndice 57).
Formação contínua e Investigação	23. Todos os elementos da equipa deverão ter formação em cuidados paliativos.	Concretização do Plano de Formação elaborado (Apêndice 46).
	24. Deverá existir um plano de formação contínua de todos os elementos da equipa	Concretização do Plano de Formação elaborado (Apêndice 46).
	25. Deverá estar estabelecido um plano de investigação, consoante o nível de diferenciação do recurso.	A ser definido após o início da atividade em Cuidados Paliativos.
Coordenação entre diferentes níveis de unidades e outros serviços de apoio	26. Deverão existir protocolos de articulação entre recursos de cuidados domiciliários e de internamento.	Não se aplica
	27. A informação/documentação essencial sobre a doença deve acompanhar sempre o doente na transição de recursos.	Informação do doente consta na Plataforma Gestcare e de forma escrita no Processo Individual do Doente.
	28. Deverão ser estabelecidos sistemas de coordenação de recursos existentes na área geográfica.	A ser definido após o início da atividade em Cuidados Paliativos.
AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE		
Sistemas de Registo e Documentação	29. A história e processos clínicos deverão ser únicos e multidisciplinares.	Existência de um único processo acessível a qualquer elemento da equipa multidisciplinar.
Sistemas de Informação e monitorização	30. O grau de satisfação do doente e família deverá ser avaliado regularmente, em particular no que se refere às respostas e às suas necessidades e à prestação de cuidados por parte da equipa.	Aplicação do Questionário de Avaliação da Satisfação do Doente/Família (instrumento ainda a definir e que esteja validado).
	31. Deverá existir um sistema de monitorização dos indicadores assistenciais da equipa.	A ser definido após o início da atividade em Cuidados Paliativos.
Melhoria da Qualidade	32. Deverá ser criado e implementado um processo sistematizado de melhoria da qualidade.	A ser definido após o início da atividade em Cuidados Paliativos.

Tabela 23 - Critérios de Qualidade definidos pela APCP e descrição da Atividade Assistencial da UCP em relação aos mesmos

2.2.11. Elaboração do Procedimento de Intervenção no Luto

Todos nós sabemos que vamos morrer, mas todos nós continuamos a negar o momento em que nos é comunicado que a cura não se vislumbra. Deste modo, as pessoas com

doenças crónicas, evolutivas e terminais sofrem inevitavelmente perdas significativas, bem como, os familiares e até mesmo os profissionais de saúde envolvidos.

A perda é um dos fenómenos universais da existência humana, pois acomete todas as pessoas em vários momentos ao longo da vida. A vida portanto, não é mais do que um conjunto sucessivo de perdas com as quais nos deparamos e às quais não podemos fugir. Podemos passar por perdas, saindo ilesos dessa vivência, mas dificilmente isso acontece quando o objeto perdido nos é altamente significativo, mobilizando um conjunto de sentimentos conflituantes e muito dolorosos.

Desde o nascimento somos treinados, por meio da vivência de perdas e mortes simbólicas, a termos contacto com a noção que nada é imutável e que tudo é finito. Contudo, continuamos todos a sentirmo-nos absolutamente impotentes quando nos confrontamos com a morte daqueles que tanto amamos. De facto, a morte afigura-se como a verdadeira “grande perda” que por nós pode ser experienciada. Ela retira-nos uma série de ilusões e possibilita-nos experimentar a dor da perda, mas também nos dá a possibilidade do entendimento, do valor da vida e do desenvolvimento humano. Assim, as perdas e as suas elaborações fazem parte do quotidiano, já que ocorrem em todos os momentos do desenvolvimento humano e, embora sejam experiências universais, são vividas de forma particular por cada um. Os afetos são, portanto, um aspeto fundamental para a manutenção e significado da vida. Tendo consciência do seu valor, particular e intenso, poderemos adivinhar os sentimentos experimentados por quem de súbito fica privado da pessoa que generosamente nos concede esta indispensável parcela de bem-estar (Rebelo, 2007).

Numa sociedade em que se valoriza sobretudo o que é aparente, cada vez mais implacável para quem justificada ou injustificadamente fraqueja, a derrota é sentida como inadmissível, mesmo a que nos é imposta pela própria vida. Absurdo é que este pensamento se estenda até à própria morte, tão natural quanto a vida.

A morte pode cruzar-se connosco em qualquer passo do caminho da nossa existência. Simplesmente acontece. Era importante recebê-la com serenidade, como um ato de reconhecimento pelos momentos de felicidade que tivemos o privilégio de desfrutar. Mas encarar a morte tranquilamente, aceitá-la como natural e inevitável, não significa o desaparecimento da dor de estar separados do amor e da amizade de uma pessoa querida. Existe um tempo que necessitamos para transformar os belos momentos de partilha que com ela vivemos em doces e suaves memórias. É o tempo de Luto.

O luto é uma experiência pela qual todas as pessoas passam, pelo menos uma vez durante a sua vida. É sempre um processo difícil e doloroso, pois nem sempre o ser

humano está preparado para lidar com as perdas. O luto é uma reação inerente à condição humana e representa a resposta à perda de algo ou de alguém. Neste processo estão incluídos um conjunto de sentimentos, que implicam mais ou menos tempo até serem resolvidos, dependendo da situação, do contexto e da pessoa em particular. Segundo Twycross (2001, p. 62), “o luto é a maior crise que muitas pessoas terão jamais de enfrentar. O luto porém é um processo de transição. Ao fazer o seu luto, a pessoa adapta-se à perda e ao significado que essa perda tem na sua vida. Por outras palavras, a realidade de um evento externo é interiorizada”.

Comummente, entende-se por luto o período pela qual a pessoa convive com o sentimento de perda. Este não tem que ver apenas com a morte do outro, mas sim com a fragilidade própria de cada um, perante a perda. Para alguns autores, como Barbosa e Neto (2006, p.380) luto é “como uma reação característica a uma perda significativa”.

Conforme temos vindo a referir, apesar da perda ser parte integrante da condição humana, a maioria das pessoas não são capazes de conviver com estas situações. Perdas marcantes resultam assim em intensas emoções negativas e sofrimento por um período prolongado, perturbando as atividades de vida diária.

A intensidade do sofrimento muda em função de distintos fatores, como por exemplo a extensão da perda, as emoções presentes e a sua intensidade, o carácter único e individual de cada perda e de cada pessoa, entre outros. As pessoas enlutadas, que sentem dificuldade em ultrapassar este acontecimento, deviam procurar auxílio dos profissionais de saúde ou de grupos de apoio. Muitas pessoas não procuram ajuda espontaneamente, o que leva ao aumento do isolamento da pessoa em luto.

Salienta-se que após a perda de alguém que nos é querida, existe um conjunto de fases que têm de ser concretizadas e ultrapassadas, para que o equilíbrio seja restabelecido e para que o processo de luto fique concluído. Uma vez que o luto é um processo e não um estado, estas fases requerem um grande esforço de forma a serem ultrapassadas. Assim, como uma doença pode não ser inteiramente curada, também o luto pode ficar incompleto em algumas pessoas.

Existem diferentes abordagens às fases descritas no processo de luto que variam de autor para autor. No entanto, é comum a todos eles, realçarem o facto de não se tratarem de fases estáticas. Twycross (2001), apresenta as seguintes fases de luto:

Choque, entorpecimento e descrença: Quando alguém morre, mesmo sendo uma morte já esperada, existe sempre um sentimento de que tal não aconteceu. Esta fase é acompanhada de angústia, de um período de negação e de sentimento de revolta. Ao

verificar a perda, a pessoa enlutada sente uma angústia intensa, que se pode manifestar por agitação e/ ou problemas fisiológicos. A seguir, recusa-se a reconhecer que perdeu um ente querido. A negação é com frequência seguida de cólera. No entanto, a pessoa enlutada pode sentir-se como se estivesse desprendida da realidade.

Separação e dor: O choque e o entorpecimento vão dando de forma gradual a sentimentos violentos. O comportamento de procura é comum. A pessoa tem a impressão de ter sido mutilado, de ter perdido um pouco de si. Nesta fase tem muitas vezes alucinações, sonha com o ente querido perdido, procura muitas vezes a pessoa falecida nos seus locais favoritos. A dor é viva e intensa, manifesta-se em intervalos regulares, muitas vezes através do choro.

Desespero: Quando a pessoa enlutada interioriza o que lhe aconteceu, passa para esta fase do luto. A pessoa em luto compreende então que a morte é irreversível, e que a pessoa falecida não voltará. Nesta fase, a pessoa volta-se para si própria, sente uma grande tristeza, acompanhada de desespero, cólera, culpa, irritabilidade, inquietação, entre outros.

Aceitação O desespero dá lugar, de forma progressiva, à aceitação da perda. Existe um progressivo desligar dos laços com a pessoa falecida, ou seja dá-se um reinvestimento afetivo. A Aceitação é caracterizada por períodos de depressão e tristeza mas menos intensa do que nas fases anteriores.

Resolução e reorganização: Com o passar do tempo são adotados novos padrões de vida, sem a participação da pessoa falecida. A pessoa enlutada entra assim, na fase de resolução e reorganização. Segundo Twycross (2001, p.63) “eventualmente, a pessoa em luto consegue recordar a pessoa falecida sem ser dominada pela tristeza ou por outras emoções e está pronta para reinvestir no mundo”.

Para Barbosa (2010), existem três fases fundamentais no processo de luto: choque ou negação, desorganização ou desespero e reorganização ou recuperação. Segundo o mesmo autor na primeira fase, o choque ou negação podem alternar com intensa dor mental e lamentações. A segunda fase, também designada por luto agudo, inclui estados afetivos intensos sobrevivendo sobre a forma de ondas periódicas de desconforto emocional ou físico, mas é, muitas vezes acompanhado de isolamento social e de preocupações recorrentes sobre vários aspetos do falecido e até de identificação com ele. A fase de reorganização ou recuperação pode processar-se de forma emocionalmente integrada com novos investimentos no mundo sem o falecido, mas ser entrecortada de preocupações e revivências emocionais relativas ao falecido, paralelas a momentos de (re) experiência do prazer sem culpa e de procura de novas

relações. Nalgumas situações a capacidade de reapreciar a vida pode começar muito precocemente, provocando não raramente subtis sentimentos de culpa ou remorso.

É de salientar que no âmbito dos Cuidados Paliativos, podem designar-se diferentes tipos de luto considerados normais. Por exemplo, o **luto preparatório** refere-se àquilo que o doente faz para se separar do mundo terrestre. Já a atitude que os familiares assumem ao vestirem o papel de enlutados através de mudanças emocionais associadas à morte de outrem designa-se de **luto antecipatório**. Quando estas mudanças emocionais se fazem num período de tempo precoce poderemos estar perante um **luto prematuro**. E por último, quando surgem reações muito tempo depois da perda, em que fica sempre uma marca ou algum sentimento latente, poderemos estar perante um **luto latente**.

No entanto, o processo de luto pode não passar pelas fases descritas na secção anterior ou pode sair dos padrões de normalidade anteriormente descritos. Sendo assim, podem surgir processos de luto complicados ou até patológicos. No que se refere a este tipo de luto, existem alguns critérios que nos permitem identifica-lo, tais como: critérios afetivos, cognitivos, físicos ou vinculares, comportamentais, sociais e existenciais ou espirituais. Assim podemos definir este tipo de lutos da seguinte forma:

Luto Traumático: quando surge um acontecimento traumático que desencadeia sentimentos de falta de ajuda ou horror;

Luto Inibido: quando há um adiar do processo de luto, pode desencadear processos de pensamento mal resolvidos e impede o avanço do processo mental normal. O luto efetivamente não se concretiza, é adiado ou “congelado”;

Luto Crónico: quando o processo de luto se mantém estático no tempo, sem mudança de sentimentos. O enlutado não fica impedido de investir num novo “objeto”;

Luto Exagerado: quando o enlutado tenta aliviar a sua dor e sofrimento através de atitudes lesivas e destrutivas como por ex. o consumo de álcool;

Luto Indizível: quando o enlutado é impedido por alguma razão (social, cultural, financeira.) de manifestar o seu luto conduzindo-o a um afastamento físico.

As equipas multidisciplinares de Cuidados Paliativos têm assim, uma tarefa importante que é evitar o desenvolvimento de luto complicado ou patológico. Segundo Barbosa (2010), a avaliação dos fatores de risco é primordial e podemos esquematiza-los em seis dimensões fundamentais: **circunstâncias da perda:** súbita e inesperada; traumática; estigmatizada; **características do objeto:** mãe (jovem); filho (criança ou adolescente); irmão na infância; **apoio familiar e social:** disfunção familiar; isolamento; alienação; projetos truncados; **contacto problemático com serviços de saúde:** falta de controlo

dos sintomas; dificuldades diagnósticas; relações disfuncionais com os profissionais de saúde; encarniçamento terapêutico; **vulnerabilidade**: perturbação psiquiátrica; personalidade e estilo de coping, estilo de vinculação (insegura); experiência acumulada de perdas pessoal; **natureza da relação**: excessivamente dependente; ambivalente; exclusivista.

Na filosofia dos Cuidados Paliativos, a família deve estar sempre envolvida em todo o processo. É inegável a sua importância e o seu envolvimento irá premeditar a forma como será vivida a perda.

Em famílias disfuncionais, no processo de luto podem surgir dificuldades que irão limitar as capacidades de lidar com a situação. Segundo Barbosa (2010, p. 509) “essas dificuldades expressam-se sobre várias formas: evitamento protetor, negação de ameaças flagrantes, conspiração de silêncio, agressividade ou até afastamento do contexto de cuidados.” Daqui emerge a necessidade de, na área dos Cuidados Paliativos, se avaliar o funcionamento das famílias em várias dimensões.

Neste sentido, foi elaborado este Procedimento de Intervenção a implementar nas situações de luto (Apêndice 6). Nele podemos observar a intervenção a realizar no processo de Luto, antes e depois do falecimento da doente, nomeadamente através do envio da Carta de Condolências (Apêndice 53).

2.2.12. Elaboração de Documentação para a Prestação de Cuidados

Pretendemos definir nesta secção a elaboração de documentação necessários para que se possam prestar cuidados com qualidade (Apêndice 58) onde constam alguns dos protocolos, procedimentos e manuais que proporcionem uma fácil, objetiva e completa consulta e análise das normas da Unidade e funções dos elementos da equipe multidisciplinar e restantes colaboradores da Instituição. Foram criados para este projeto:

- Regulamento Interno (Apêndice 59);
- Guia de Acolhimento para o Doente/Família (Apêndice 54);
- Manual de Acolhimento do Colaborador (Apêndice 60);
- Manual de Procedimentos (Apêndice 56);
- Manual de Funções (Apêndice 50);
- Protocolos de Atuação (Apêndice 55);

Englobamos também nesta secção documentos que não estando diretamente direcionados para a prestação de cuidados são de certa forma adjuvantes e facilitadores

na medida em que informam a quem os ler, nomeadamente as normas, direitos e deveres promovendo assim o bom funcionamento da Instituição. Desta forma, logo que o serviço esteja concluído e o protocolo com a RNCCI assinado, podemos de imediato passar à prestação de Cuidados Paliativos às pessoas que deles necessitam. A equipa de saúde já reúne profissionais com formação básica e avançada nesta área.

2.2.13. Definição da Estratégia de Marketing para a Unidade de Cuidados Paliativos

Marketing em Cuidados Paliativos é um processo estratégico que subentende duas fases básicas, a definição de metas ou objetivos – para onde vamos? e, numa fase posterior, a avaliação dos resultados alcançados – onde chegamos, como defende Neto (2004).

Na elaboração do nosso Plano de Marketing (Apêndice 61) é obrigatória uma prospeção de mercado, para avaliar as reais necessidades, potenciais doentes com necessidades em Cuidados Paliativos e quais as respostas reais na comunidade. Podemos, dizer que o Marketing em Cuidados Paliativos, é um processo estratégico contínuo, com definição de objetivos claros e concretizáveis, depois de definida a população alvo (Neto, 2004). Passando pela avaliação dos resultados, em função da população e dos objetivos previamente traçados.

Mas, nenhum plano estratégico se poderá desenvolver se não for ajustada a logística, onde se enquadra toda a burocracia necessária ao processo organizacional de um serviço de Cuidados Paliativos.

A divulgação de um produto, não é menos importante, pois quanto maior for divulgação, maior poderá ser a sua procura e consequente utilização. Aqui a comunicação social pode ter um papel muito ativo na divulgação do produto, no mercado.

A definição do produto em Cuidados Paliativos, é um aspeto delicado na medida em que o produto a ser divulgado serão as habilidades profissionais, dos técnicos, quer sejam enfermeiros, médicos, assistentes sociais ou outros técnicos da equipa multidisciplinar. Nesta fase do processo é aconselhável evidenciar os pré-requisitos dos doentes/cuidadores, uma vez que são fundamentais, quando os consumidores são pessoas e pessoas que sofrem. Neste sentido, o Plano de Marketing deve ter em conta também quem cuida, tal como refere Salazar (2003, p.12), “não se pode pretender ajudar alguém que sofre sem assumir, (...) o seu próprio sofrimento. É por isso que todo o técnico de saúde cuja vocação é tratar daqueles que sofrem deve assumir as suas próprias feridas”. Não menos necessárias, num plano estratégico, e que por isso devem constar, serão: a flexibilidade, compaixão, a capacidade para aceitar erros e

competências para os corrigir, a prontidão para aceitar desafios, a imaginação, a criatividade, o humor, entre outros.

A promoção será a qualidade dos cuidados prestados, por uma equipa com formação especializada em Cuidados Paliativos, que investigue, que seja competente e sempre disponível.

Para promover a divulgação da UCP de forma organizada, propusemo-nos elaborar um plano estratégico que constará das seguintes ações:

Estratégia	População-alvo	Observações
Criação de uma página na rede social Facebook e uma página na Internet.	População em geral utilizadora de tecnologias digitais.	Proporciona atualização diária de fácil acesso de forma a divulgar a atividade da UCP.
Artigo para o Jornal Vianense “Aurora do Lima”	Leitores do Jornal.	Através da publicação de 2 artigos em momentos distintos: No primeiro momento dando a conhecer a abertura da Unidade, localização, tipologia de doentes, No segundo momento 6 meses após a abertura com o testemunho de um doente/familiar.
Reportagem na Rádio “Alto Minho”	Ouvintes da rádio.	Através de 2 reportagens em momentos distintos: No primeiro momento dando a conhecer a abertura da Unidade, localização, tipologia de doentes, No segundo momento 6 meses após a abertura com o testemunho de um doente/familiar.
Divulgação/Apresentação da UCP nas IPSS existentes no distrito.	Parceiros na identificação e sinalização de casos que poderão necessitar de cuidados.	Reunião com os respetivos Diretores Técnicos de IPSS.
Divulgação/Apresentação da UCP na EIHSCP da ULSAM.	Parceiros na identificação e sinalização de casos que poderão necessitar de cuidados.	Reunião com os elementos da EIHSCP.
Divulgação/Apresentação da UCP na ULSAM.	Parceiros na identificação e sinalização de casos que poderão necessitar de cuidados.	Reunião com o Conselho de Administração.
Divulgação/Apresentação da UCP nas Câmaras Municipais dos concelhos do distrito.	Parceiros na identificação e sinalização de casos que poderão necessitar de cuidados e de forma a divulgarem pelas respetivas Juntas de Freguesia.	Reunião com os Presidentes de Câmara e/ou Vereadores da Ação Social
Divulgação/Apresentação da UCP nas Unidades de	Parceiros na identificação e referência de casos que	Reunião com os Diretores técnicos das UCCILDM,

Cuidados Continuados Integrados	poderão necessitar de cuidados.	UCCIMDR, UC, ECCI do distrito de Viana do Castelo.
Folheto informativo	Pessoas que se dirigem às Instituições do distrito.	Folheto a colocar nas diversas salas de espera das Instituições do distrito.
Cartaz	Pessoas que se dirigem às Instituições do distrito.	Cartaz informativo a colocar em pontos estratégicos das Instituições do distrito.

Tabela 24 - Plano Estratégico de Marketing da Unidade de Cuidados Paliativos

2.2.14. Elaboração do Procedimento de Prevenção da Síndrome de Burnout nos Profissionais

O Burnout nos profissionais de saúde é uma realidade presente em quem cuida de doentes que estão em processo de morrer. De acordo com Barbosa e Neto (2010), o Burnout define-se como um estado de exaustão física, emocional e mental como consequência do contato muito próximo com o sofrimento e o processo de morrer, levando a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso. Compreende três aspetos importantes: exaustão emocional; despersonalização; baixa realização profissional. Ainda segundo estes autores, existem três áreas que contribuem para que a exaustão suceda com maior frequência e intensidade: **área interpessoal** - não existem suportes significativos, há fragmentação das relações e o isolamento social por vezes é total; **área intrapessoal** - os processos cognitivos internos causadores de paz interior são impossíveis, existe uma menor autoestima porque se está centrado na quantidade e não na qualidade, não há vivência do objetivo qualitativamente e os méritos pessoais são quase inexistentes; **área da saúde física** – as pessoas mais reativas à pressão temporal tornam essa ativação crónica, havendo um estado de ativação sem haver algo do contexto para que tal aconteça.

Salienta-se que o Burnout manifesta-se através de variada sintomatologia, e a sua identificação é organizada e agrupada de diferentes formas, por diversos autores. Segundo Pereira (2010), podemos subdividir teoricamente em sintomas físicos, psíquicos e defensivos. Ele é uma consequência possível e extrema do stress, vivido pelos profissionais de saúde. Segundo Barbosa e Neto (2010), as pesquisas têm revelado que o stress no trabalho está relacionado com a doença e, subsequentemente, com a menor produtividade, com o aumento do absentismo, dos acidentes de trabalho, dos erros de desempenho, com a invalidez, a morte prematura e os problemas familiares.

Também Bernardo, Rosado e Salazar (2006, p.477) referem que as pessoas que experienciam o stress apresentam:

Sintomas Físicos: Comportamentos rápidos; Respiração superficial; Tiques rápidos; Movimentos repetitivos nervosos; Tensão muscular; Rigidez facial; Perturbação do sono; Alterações da concentração;

Stress Interpessoal: Irritabilidade; Dificuldade em relaxar; Incapacidade para escutar; Impaciência para com o ritmo em que as coisas ocorrem;

Capacidade de trabalho diminuída: Tentativa de realizar diversas tarefas ao mesmo tempo; Obsessão com o tempo; Sentimentos crónicos de pressão temporal; Sensação de domínio pela tarefa que tem de ser executada;

Alteração dos afetos: Humor depressivo; Exaustão emocional; Relações sociais empobrecidas ou falta de amigos íntimos.

Muitas situações indutoras de stresse na área dos Cuidados Paliativos não podem ser evitadas, como seja o contacto frequente com a morte (Isikhan [et. al.] 2004). Neste sentido é necessário estabelecer estratégias de prevenção que segundo Phillips (1984) podem ser agrupadas em três categorias:

Estratégias individuais: referem-se à formação e capacitação profissional;

Estratégias grupais: consistem na utilização de apoio social no trabalho por parte dos colegas e chefias. Através do apoio social no trabalho os profissionais obtêm nova informação, adquirem novas/melhoram habilidades que possuem;

Estratégias organizacionais: é importante considerar o nível organizacional, pois a origem do problema está no contexto laboral e, portanto, a direção da organização deve desenvolver programas de prevenção dirigidos a melhorar o ambiente e o clima da organização. As estratégias mais relevantes para a prevenção da síndrome que podem ser implementadas desde a direção da organização são os programas de socialização antecipada, a implementação de sistemas de evolução e informação, e, os processos de desenvolvimento organizacional.

Existem diversas estratégias organizacionais para atenuar o stress, tais como:

- Reconhecer o stress e os seus efeitos nocivos;
- Financiar as iniciativas educacionais;
- Desenvolver modelos de liderança que reduzam o stress;
- Proporcionar dinâmicas de grupos:
 - Facilitar encontros dos profissionais;
 - Financiar os grupos;
 - Envolvimento da psiquiatria de ligação.

- Criar um ambiente resistente ao stress:
 - Promover intensamente o apoio social;
 - Estruturar ou reestruturar aspetos físicos;
 - Avaliar os efeitos das mudanças de horários e dos turnos;
 - Introduzir modelos de gestão-participada.

É importante também saber estabelecer estratégias individuais para lidar com o stress. Estas estratégias são várias, podendo estas ser usadas separadamente ou em várias combinações.

- Reconhecer a presença de stress ou de sentimento de desequilíbrio;
- Melhorar os conhecimentos clínicos e desempenho;
- Gerir as prioridades de tempo e objetivos;
- Melhorar todas as facetas de comunicação;
- Avaliar os seus próprios valores, atitudes, crenças e expectativas;
- Avaliar as suas próprias capacidades;
- Reconsiderar as expectativas próprias e do trabalho;
- Reestruturar o significado das situações;
- Manifestar as suas necessidades;
- Abandonar a “moda” do stress;
- Adotar medidas de autocuidado, tais como: exercício, dieta, imaginação, meditação, relaxamento, diversão e férias.

Assim, torna-se fundamental delinear estratégias de prevenção para implementação na UCP, tendo sido negociado e realizado com a equipa de saúde a elaboração do Procedimento de Prevenção do Burnout (Apêndice 57).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Para desenvolver a conclusão, torna-se necessário relembrar o objetivo deste trabalho projeto: criar uma UCP em Viana do Castelo para dar resposta às pessoas com doença crónica, evolutiva e terminal da região do Alto Minho.

Proporcionar cuidados humanizados e centrados na pessoa capazes de irem de encontro ao respeito pela vida e dignidade humana deveria ser objetivo de todos os profissionais de saúde, sobretudo dos enfermeiros, pois é nosso dever, e está inerente às nossas práticas, aliar as competências científicas, humanas e técnicas para prestar cuidados holísticos de promoção, manutenção, reabilitação, que confortem desde o nascimento, ao diagnóstico de uma doença, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais importantes no momento do fim de vida. Nesta fase de vida da pessoa a ideia da humanização dos cuidados torna-se ainda mais intensa.

Compreender o valor do cuidado requer uma conceção ética que considera a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida, para poder respeitar a do outro em toda a sua complexidade e plenitude.

Deste modo, a opção metodológica por um Trabalho de Projeto no nosso entender foi a mais adequada, pelo facto de ser nossa pretensão a criação de uma UCP no Alto Minho. Pensar na criação da implementação desta unidade exigiu que cumpríssemos uma série de etapas de forma sequencial, tais como: contextualização teórica; O planeamento da sua operacionalização, sendo o diagnóstico de situação uma das fases de importância primordial. Foi perspectivado o plano de ação de forma exaustiva, como assim exige esta metodologia de trabalho.

Uma das conclusões mais significativas deste Trabalho Projeto consistiu no envolvimento que a equipa de saúde teve na concretização deste projeto; favorecimento de um trabalho em equipa de parceria; consciencialização da equipa para novas formas de cuidar e uma nova oportunidade para a prestação de Cuidados Paliativos de acordo com a sua filosofia.

Limitações do estudo

A crise financeira presente na atualidade, impossibilitou a fase de execução da abertura da unidade.

Implicações futuras

Agilização de reuniões com a ECL Vale do Lima e Coura e a ECR com o intuito da materialização da fase de operacionalização.

Pretende-se realizar a divulgação do trabalho na comunidade científica através de publicações e participações em congressos, entre outros.

Este trabalho não se encerra em si mesmo, ele terá continuidade e será uma realidade a criação da UCP, integrada na UCCIMLD e UCCIMDR no Alto Minho.

Por último, é nossa convicção que os objetivos que delineamos para este Trabalho de Projeto foram atingidos, que construímos um trabalho sólido para a implementação deste projeto e que todas as condições, quer humanas, físicas e de material estão reunidas para a efetivação da respetiva unidade.

BIBLIOGRAFIA

- ABIVEN, M. - **Para uma morte mais humana**. Loures: Lusociência. (2001).
- ALMEIDA, Filipe - **Humanização Hospitalar: um compromisso com a Vida**. In PINTO, Daniel. Plano Estratégico, 2014-2016. Gaia: Gabinete de Humanização do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, 2014. p. 7-8.
- ALMEIDA, J. M. e MELO, J. S. **Ética, espiritualidade e oncologia**. In DIAS, M. R. & Durá, E. (Coord.) Territórios da Psicologia Oncológica. 2002 (1ª Edição, p.131-143). Lisboa: Climepsi Editores.
- APÓSTOLO, João Luís Alves, [et al.] – **A vivência dos familiares de doentes com doença oncológica em fase terminal de vida numa unidade de Cuidados Paliativos**. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra. ISSN 0874-7695. N.º10 (Agosto/2004), p.29-37.
- ARAÚJO e SILVA - **Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob Cuidados Paliativos**. 2012. Revista da Escola de Enfermagem da USP.
- ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Carta de Praga. 2014.
- AZEVEDO, C. - **Administração e Gestão de Centros Assistenciais**. 2009. Uso académico
- AZEVEDO, C. - **Problemáticas económicas do envelhecimento**. 2009. Uso académico
- BAILEY, F. [et. al]. - **Improving processes of hospital care during the last hours of life**. *Arch Intern Med*, 2005. p.1722-1727.
- BARBOSA, António – Sofrimento. In: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa – **Manual de Cuidados Paliativos**, 1.ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8. p. 511
- BARBOSA, A.; NETO I. - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2010. 2ª Edição. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- BERNARDO, A. – **Avaliação de sintomas em Cuidados Paliativos**. 2005. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de mestrado.
- BERNARDO, A., ROSADO, J., SALAZAR, H. - Burnout e Auto-Cuidados. In A. Barbosa, e I. Neto, **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. 2006. p. 475-484.

BORGES, Elizabete – **O sofrimento dos enfermeiros em pediatria**. Nascer e Crescer. Lisboa. Vol. XIV, Nº2. 2005, p.123 - 125

BRUERA, E. [et. al.] - **The Frequency and Correlates of Dyspnea in Patients with Advanced Cancer**. Journal of Pain and Symptom Management. 2000. p. 357-362.

CAPELAS, A; NETO, I. - Organização de serviços. In: A. Barbosa, I. Neto (ed.) **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. p. 485-511.

CASMARRINHA, M – **Famíliares do Doente Oncológico em Fim de Vida: dos sentimentos às necessidades**. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de Mestrado.

CASSELL, E. J. - **The nature of suffering and the goals of medicine**. New York: Oxford university press. 1991.

CERQUEIRA, M. e GOMES, J. – **Luto na Família: Cuidar dos que ficam**. “Nursing”. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, n.º 194. 2004, p. 28-30.

Cerqueira, M. – **O cuidador e o doente paliativo no Alto Minho – Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio**. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2004. Dissertação de Mestrado.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO - **Ordem dos Enfermeiros** – 2005 Editorial Letrário – Lisboa.

COLLIÈRE, M. – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Damaia: Sindicato dos Enfermeiros, 1989.

CONILL, C. [et al] - Symptom Prevalence in the Last Week of Life. Journal of Pain and Symptom Management. 1997. p. 328-331.

CÔRTEZ, S., e CARAPINHEIRO, G. - Reformas de Sistemas de Saúde em Contextos de Reformas do Estado: Os Casos de Brasil e Portugal. Em Alves, F. Saúde, Medicina e Sociedade: Uma Visão Sociológica. 2013. p. 75-98. Lisboa: Pactor.

Decreto-Lei n.º 101/2006. DR. 1.ª Série – A. 109 (6 de junho de 2006)

Decreto-Lei nº101/2006. DR. 1.ª Série. 109 (6 de junho 2006)

Decreto-Lei nº 281/2003. DR. 1.ª Série - B. 259 (8 de novembro de 2003)

DECLARAÇÃO DA COREIA - **Declaration on Hospice and Palliative Care**. 16 de Março de 2005. Seoul, Coreia.

- ELLERSHAW, J., e WARD, C. - **Care of the dying patient: the last hours or days of life**. BMJ. 2003. p. 30-34.
- FACHADA, M. Odete - Psicologia das relações interpessoais. 8ª ed. Lisboa: Edições Rumo, 2006. ISBN 972-688-120. p. 12
- FERRELL, B. R. e COYLE, N. - **The nature of suffering and the goals of nursing**. Oncology nursing forum. 2008. p. 241-247
- FERRITO, Cândida - **Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas**. Publicações da área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Revista Percursos. Janeiro/ Março de 2010. p. 2-37. Setúbal.
- FIRMINO, F. - Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In PINTO, A. [et. al.] **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro. 2009. Academia Nacional de Cuidados Paliativos
- FREUD, S. - Luto e melancolia. In S. Freud. **A história do movimento Psicanalítico. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos**. Vol XIV. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S Freud. 1915-1979. p.269-294. Rio de Janeiro: Imago
- FRIAS, Cidália – **A aprendizagem do cuidar e a morte – um desígnio do Enfermeiro em Formação**. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, 2001. Tese de Mestrado.
- GAMEIRO, Manuel H. - **O sofrimento na doença**. Coimbra. 2003. Quarteto Editora.
- GUERRA, Isabel - **Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação, “O planeamento em ciências sociais”**. Principia. 2000. Cascais.
- GOMEZ-BATISTE, [et al] - **Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos**. Madrid. 2005.
- GONÇALVES, J. - **A Portuguese palliative care unit**. Support Care Cancer. 2000. p.4-9.
- GONÇALVES, J. - **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado..** Lisboa: 2011. 2ª Edição. Coisas de ler.
- GONÇALVES, M. J., ROSADO, J., CUSTODIO, M. P. - Anorexia/Caquexia. In Barbosa, A., Neto, I - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2a Edição. 2010. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- HESBEEN, W. - **Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures. 2000. Lusociência.

- IMPERATORI, E., e GIRALDES, M. d. - **Metodologia do Planeamento da Saúde**. Lisboa. 1986. 2ª Edição. Escola Nacional de Saúde Pública.
- ISIKHAN, V., GOMEZ, T., DANIS, Z. - **Job stress and coping strategies in health care professionals working with cancer patients**. Eur J Oncol Nursing. 2004. p.234-244.
- JANSSEN, D. [et al.] – **Daily symptom burden in end-stage chronic organ failure: a systematic review**. Palliative Medicine. 2008. p. 938-948.
- KEATING, Isabel; SEABRA, Maria João – **Luto e vinculação - “Análise Psicológica”**. Lisboa. 1994. p. 291-300.
- KOTLER, P. - *Marketing Management Millenium Edition*. New Jersey. 2002. University of Phoenix.
- KUBLER-ROSS – **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fonte, 1985
- KUTNER, J. S., KASSNER, C. T., NOWELS, D. E. - **Symptom Burden at the End of Life: Hospice Providers’ Perceptions**. Journal of Pain and Symptom Management. 2001. p.473- 480.
- LAUGSAND, E.A. [et. al.] - **Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network**. Journal of Opioid Management. 2009. p. 11-21.
- LEAL, F. - **Transmissão de más notícias**. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2003. Nº 19, p. 40-43.
- Lei nº 32/2002. **DR. 1.ª Série**. 294 (20 de dezembro de 2002)
- Lei n.º 25/2012. **DR. 1.ª Série**. 136 (16 de julho de 2012)
- Lei n.º 52/2012. **DR. 1.ª Série**. 172 (5 de setembro de 2012)
- LESNE, M. - **Trabalho Pedagógico e formação de adultos**. Lisboa. 1984. Fundação Calouste Gulbenkian.
- LOGE JH, [et. al.] - **Fatigue and psychiatric morbidity among Hodgkin’s disease survivors**. J Pain Symptom Manage. 2000.
- MARQUES, L., [et. al.] - **Diagnóstico Social de Viana do Castelo**, Conselho Local de Ação Social Núcleo Executivo. Julho de 2013.
- MARTIN, I. Lopez - **Atención Domiciliária: Diagnósticos de Enfermería**, Madrid. 1994. Ed. McGraw Hill.

- MARTIN-MORENO [et. al.] - **Palliative care in the European Union**. European Parliament. 2008.
- MAZZOCATO, C., SWEENEY, C., BRUERA, E.; - **Clinical research in palliative care: patient population, symptoms, interventions and endpoints issues in researce**. Palliative Medicine. 2001. p. 163-168
- MCCOUGHLAN, M. – A necessidade de Cuidados Paliativos. In PESSINI, LEO e BERTACNINI, Luciana - **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo. Edições Loyola, 3ª Edição, 2006. ISBN 85-15-02854-9. p. 167-180.
- MEIER, D. [et. al.] - **Integrating Case Management and Palliative Care**. Journal of Palliative Medicine. 2007. Volume 7 N.º1, p. 119 - 134.
- MELO, R. C. (). **Sufrimento Humano foco da prática de Enfermagem**. Enfermagem. Janeiro/Junho de 2008. N.º 49/50, p. 12–17.
- MILLES, AI – **Cuidar da Família após a morte de um ente querido**. “Servir”. Lisboa. Set./Out. 1994. p. 270-272.
- MONIZ, J.M. - **A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa**. Loures. 2003. Lusociência.
- MORIN, E. - O Homem e a Morte. In: BOTO, J.; RODRIGUES, A.; 2ªed. Trad. do francês. Publicações Europa-América. 1988. p.62
- MOURA, Maria da Conceição – **A inevitabilidade da morte e o cuidar e, fim de vida: entre a filosofia e a bioética**. Lisboa. Coisas de ler. 2011. ISBN 978-989- 8218-66-7.
- NEIMEYER, Robert A. – **Aprender de la perdida – una guia para afrontar el duelo**, 1ª ed. Ediciones Paidos Ibérica. 2007. ISBN 844932016.
- Neto, Isabel G. - **Desenvolvimento dos Serviços de Cuidados Paliativos. Haverá um marketing dos Cuidados Paliativos?** Revista Ordem dos Enfermeiros, (Abril de 2004). pp. 40-42.
- NETO, Isabel G. – Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática de Cuidados Paliativos. In Neto, I.; Aitken, H.; Paldron, T. (eds.). **A Dignidade e o Sentido da Vida: Uma Reflexão Sobre a Nossa Existência**. 1ª Edição. Cascais: Pergaminho. (2004). p. 11-48.
- NETO, Isabel G. - Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. in: BARBOSA, António, NETO, Isabel G., **Manual de Cuidados Paliativos**, 1ª edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. 2006. ISBN 978-972-9349-21-8

- NETO, Isabel G. - Agonia. In A. BARBOSA, e I. NETO - **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa. 2006. p. 295-308. Ed. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- NETO, Isabel G. - **Morrer é só o corolário de uma medicina que entronizou a cura**. Hospitalidade. Escutar & Auscultar. 2009. p. 31-35.
- NETO, Isabel G. – Agonia. In **Manual de Cuidados Paliativos**, 2.^a ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010 d. ISBN 9-789729-349225. p. 387-400
- NUNES, Lucília – **Ética em Cuidados Paliativos: limites ao investimento curativo** – Revista Bioética. 2008. N.º 16, p. 41-50.
- OLARTE, J., e GUILLÉN, D. - **Ethical Dilemmas in Palliative and End-of-Life Care in Spain: The Definition of "Terminality": The Tradition of the Agonía**. Cancer control, 2001. p.46-54.
- OSSWALD, W. - **O Encontro com o outro no fim da vida**. Cadernos de Bioética. Dezembro, 1999. Coimbra. Nº21.
- PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética**. 3^a ed. Loures: Lusodidacta. 2014. ISBN 978-989-8075-38-3
- PAIVA, Ana – **Cuidados ao doente em agonia** - Estudo comparativo entre cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida no Serviço de Cuidados Paliativos e num Serviço de Medicina. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Julho 2012. Tese de Mestrado.
- PARENTE, B. [et.al.] - **Cancro do pulmão - O doente terminal**. Revista Portuguesa de Pneumologia. Julho/agosto de 2002. p. 351 - 372
- PEREIRA, Maria Aurora – A comunicação de más notícias em saúde – uma competência profissional. In: **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. 1^a ed. Coimbra, FORMASAU – Formação e Saúde, Lda., 2008. ISBN 978-972-8485-92-4. p. 47-101.
- PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana – **O doente oncológico e a sua família**. 2^aEd. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-796-195-9. p. 146.
- PESSINI, L. - **Cuidados Paliativos alguns aspetos conceituais, biográficos e éticos**. Revista Prática Hospitalar. 2005.
- PESSINI, L.; BAECHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo. Loyola. 2008. p. 465-486.
- PHILLIPS, J.R. – **Faculty Burnout**. American Journal of Nursing. 1984. p. 1525-1526

PINTO, Feytor - **Entre A Vida e a Morte, a Razão da Esperança**. (Avaliação ética da Eutanásia, Distanásia e Ortotanásia). Servir. (1991). 39 (I), 8-22.

Portaria n.º 1087-A/2007. **DR. 1.ª Série**. 171 (5 de Setembro de 2007)

Portaria n.º 67/2012. **DR. 1.ª Série**. 58. (21 de março de 2012)

Portaria n.º 41/2013. **DR. 1.ª Série**. 23 (1 de fevereiro de 2013)

Portaria n.º 174/2014. **DR. 1.ª Série**. 174 (10 de setembro de 2014)

Portaria n.º 340/2015. **DR. 1.ª Série**. 197 (8 de outubro de 2015)

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - **Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas Programa nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa: DGS, 2005. p. 20

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. **Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados**. Agosto 2006/ Rev. 2. p. 56.

POTTER, Patrícia A. – **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Conceitos Básicos: Clínica e Prática Hospitalar**. São Paulo: Tempo/Livraria Santos, 1996. p. 999.

QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel, G. - Comunicação in BARBOSA, António, NETO, Isabel G., **Manual de Cuidados Paliativos**, 1ª edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. 2006. ISBN 978-972-9349-21-8

QUERIDO, A.; SALAZAR, H., NETO, I. - Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.). **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªed.). Lisboa. (2010). Faculdade de Medicina de Lisboa.

REBELO, José Eduardo – **Desatar o nó do Luto** – 3ª edição, Cruz quebrada: Casa das Letras Editora, 2007. ISBN 978-972-46-1666-7.

REVISTA PERCURSOS - **Metodologia de Projeto**: Coletânea Descritiva de Etapas. 2010. nº 15 Janeiro/Março

RIBEIRO, José Luís – **Introdução à psicologia da saúde** 2. 2ª Ed. Quarteto Editora. Coimbra. 2007. ISBN 989-558-045-2.

RIBEIRO, Palmira – **Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações?** Revista Nursing. Setúbal. ISSN 0871-6196. N.º288. 2013. p. 35-39.

ROCHA, Maria do Céu – **Organização de Serviços em Cuidados Paliativos**. 2014. 75 diapositivos. Acessível na Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal.

- RODRIGUES, Cremilde – Cuidados Continuados: uma nova forma de cuidar as pessoas dependentes in RODRIGUES, Cremilde – **Saúde e Qualidade de Vida: estado da arte**. Porto: ESEP, 2009. ISBN 978-989-96103-1-6. p. 269-275
- ROJAS, Guadalupe – **Luto Patológico: A propósito de um caso. “Psiquiatria Clínica”**. Coimbra. Vol. 22, n.º 2 (Abr. – Jun. 2001), p. 205-207.
- ROQUE, Carolina - **Agonia – Últimos momentos de um doente terminal**. Artigo de Revisão. Coimbra. Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra. Março 2010. Tese de Mestrado
- RUIVO, M^a Alice [et al.] – Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos. ISSN 1646-5067. N.º 15. 2010. p. 3.
- SALAZAR, H. - A Natureza do Sofrimento em Cuidados Paliativos. in MARQUES A. L. e I. NETO. G. - **Dor e Cuidados Paliativos**. Lisboa: Permanyer. Portugal. 2003. p. 9 - 14
- SAMPAIO, Daniel – **Lições do Abismo**. Editorial Caminho. Lisboa. 2002. ISBN 972-21-1464-6
- SANCHO, M. G. – **Medicina Paliativa: La Respuesta a Una Necesidad**. Madrid. Arán Ediciones SA. (2008). p. 661-678.
- SANTOS, Franklin Santana - **Cuidados Paliativos diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu. 2011. ISBN 978-85-388-0158-0.
- SAPETA, Paula – **Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente**. Loures: Lusociência. 2011. ISBN 978-972-8930-69-1
- SARAMAGO, J. - **As intermitências da Morte**. Lisboa, Editorial Caminho. 2005. p.13
- SILVA C: **O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao doente de cancer**. Psicologia América Latina. 2009. n. 16.
- SILVA, Sandra e ALVARENGA, Margarida – Informação e Comunicação – um olhar ético. Cuidados Paliativos. Vol. 1, Nº1. 2014. p.45 – 51
- SOUSA, Aurora – **Sintomas em Cuidados Paliativos – Da avaliação ao Controlo**. Porto: Instituto de Ciencias Biomedicas de Abel Salazar. 2012. Tese de Mestrado
- SOUZA, Maria, [et.al] – **O cuidado em Enfermagem – uma aproximação teórica**. Contexto Enfermagem. Vol. 14, nº2. 2005. p. 266-270.
- STONE, P., REES, E., HARDY, J. - **End of life care in patients with malignant disease**. Eur J Cancer. 2005. p.1070-1075.

STROMGREN [et. al.] - **Pain and other symptoms in palliative cancer care: content validation of self-assessment questionnaire against medical records.** European Journal of Cancer. 2002. 30: 788-794.

TRINCADEIRO, Miguel [et. al] – **Cuidados Continuados: Evoluir no Cuidar.** Hospitalidade. Lisboa. ISSN 0871-0090. Nº284 (2009), p. 12-17.

TRANMER, J. [et al.] - **Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and noncancer hospitalized patients near the end of life with the memorial symptom assessment scale** - Journal of Pain and Symptom Management, 2003 (5 de Maio); Vol.25, p. 420–429.

TWYCROSS, Robert - **Cuidados Paliativos.** Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-796-001-4.

TWYCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**, 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972- 796-093-6.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Directiva Técnica Nº1/UMCCI/2008. **CrITÉrios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, de ambulatório e equipas da RNCCI.** Lisboa, 2008.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Directiva Técnica Nº3/UMCCI/2009. **Modelo de Referenciação de Utentes.** Lisboa, 2009.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Directiva Técnica Nº3/UMCCI/2011. **Cuidados Paliativos/Registo na Plataforma da RNCCI.** Lisboa, 2011.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - **Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013.** 2010.

VAINION, A. [et al.] - **Prevalence of Symptoms among Patients with advanced cancer: An International Collaboration Study.** Journal of Pain and Symptom Management. (1996). 12 (1).

VOGELZANG, N.J., [et al.] - **Patient caregiver, and oncologist perceptions of cancerrelated fatigue: results of a tripart assessment survey.** Semin Hematol. 1997

WATSON, J. - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem.** Loures. 2002. Lusociência.

WORDEN, J. William – **Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental**. 2ªEd. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998. 203p. ISBN 85 7307 277 6.

WEBGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS: **Organização de serviços em Cuidados Paliativos**. Recomendações da APCP. Disponível na WWW: <URL: http://www.ancp.pt/uploads/recomendacoes_organizacao_de_servicos.pdf

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS: **Organização de serviços em Cuidados Paliativos**. Recomendações da APCP. Disponível na WWW: <URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Equipas de Cuidados Paliativos** [26 de dezembro de 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Equipas de Cuidados Paliativos** [26 de dezembro de 2014]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>

CAPELAS, M. L - **Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal**. Cadernos de Saúde. 2009. 2 (1). 51-57. Disponível na WWW: <URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf.

CARTA SOCIAL - Disponível na WWW: <URL: www.cartasocial.pt/index1.php

COMBINATO, D. S. e QUEIROZ, M. S. - **Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski**. Ciências & Saúde Coletiva. 2011. 16 (9), 3893-3900. Disponível na WWW: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a25v16n9.pdf>

COMISSÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE. 2008. Disponível na WWW: <URL: <http://www.chlc.min.saude.pt/content.aspx?menuid=112&eid=1719&returnUrl=%2Fcontentlist.aspx%3Fmenuid%3D12>

DIAZ, Noemi – Duelo. In: **Organización Panamericana de la Salud – Cuidados Paliativos - Guías para el manejo clínico**. [s.d.]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care.pdf>

EUROSTAT EUROPEAN COMMISSION - **European Social Statistics**. 2013. Disponível na WWW: <URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-FP-13-001/EN/KS-FP-13-001-EN.PDF.

FERNANDEZ, José Angel Macias; PRIETO, Cármen Parrado – **Reaccion de duelo**. [s.d.]. Disponível na WWW: <URL: http://www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/curso/pdf_download/ENTREGA4.PDF

FRANÇA, Genival V.– **O Paciente Que Vai Morrer: Direito À Verdade**. Disponível na WWW: <URL: <http://WWW.filosofiyderecho>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Disponível na WWW: <URL: <http://smi.ine.pt/>

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, – **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos meus próprios parentes**. Tradução Paulo Meneses - 7ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996. Disponível na WWW: <URL: <https://psicologianicsaude.files.wordpress.com/2012/11/kc3bcbler-ross-elisabeth-sobre-a-morte-e-o-morrer.pdf>

MANUAL DE APOIO TÉCNICO AOS ACORDOS DE COOPERAÇÃO, ISS, IP. 2008. **Site interno da Segurança Social**. Disponível na WWW: <URL: http://www1.seq-social.pt/preview_documentos.asp?r=26259&m=PDFwww.ine.pt

MARQUES, L.,[et. al.] - **O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal**. **Revista. Patient Care**. 2009. Disponível na WWW: <URL: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>

MOÑOZ COBOS, F. [et al.] – **La familia en la enfermedad terminal (II)**. Medicina de Família (and). Vol. 3, Nº. 4. Nov. 2002. Disponível na WWW: <URL: <http://www.samfy.es/Revista/PDF/v3n4/07.pdf>

PISCO, L; BISCAIA, J. (2001) – **Qualidade de cuidados de saúde primários** – Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. 2001. Vol. 2, p. 43-51. Disponível na WWW: <URL: www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-04-2001.pdf

PLANO NACIONAL DE AÇÃO PARA A INCLUSÃO (2006-2008). Disponível na WWW: <URL: <http://www.cnpcjr.pt/downloads%5CPNAI%20Nacional%202006-2008%20-%20Site.PDF>

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde - Circular Normativa nº 11 – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa. 2008. Direção Geral de Saúde. Disponível na WWW: <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS); Alto Comissariado da Saúde (ACS); Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO) - **Plano nacional de**

prevenção e controlo das doenças oncológicas - 2007/2010. Disponível em WWW:
<URL: http://www.acs.minsaude.pt/cndo/files/2010/01/AR_05JAN10_final-Modo-de-Compatibilidade.pdf

PORTUGAL. Portal da Saúde. Disponível na WWW: <URL: https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas_nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx

PORTUGAL. Portal da Saúde. Disponível na WWW:
<URL:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/cuidados+paliativos/cuidadospaliativos.htm>

PORTUGAL. Portal da Saúde. Disponível na WWW:
<URL:<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/cuidados+avc+hosp+luz.htm>

PORTUGAL. Portal de Saúde Pública. (2008). Disponível na WWW:
<URL:http://www.saudepublica.web.pt/02-epidemiologia/021-demografia/demografia_conceitos.htm#ie

PORTUGAL. Portal da Segurança Social. Disponível na WWW: <URL: <http://www.seg-social.pt/inicio>

Portal da Segurança Social. Disponível na WWW: <URL: <http://www.rncci.minsaude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>

SOCIEDADE ESPANHOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. (2011). Disponível na WWW:
<URL: <http://www.secpal.com/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Definition of Palliative Care. 30 de Maio de 2012. Disponível na WWW: <URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN

Escala de Avaliação do Risco de Úlcera de Pressão

Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado O doente está confinado à cama.	2. Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo.	1. Completamente imobilizado Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ ou a deita líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de ½ da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz 4 refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de 4 ou mais refeições (carne, peixe ou lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem o deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	
Pontuação:				
Baixo risco > ou = 17		Alto risco < ou = 16		

ANEXO 2

Escala de Morse

ESCALA DE MORSE

Avaliação Risco Quedas

História quedas (últimos 3 meses)	0 = Não 25 = Sim
Diagnóstico secundário	0 = Não 15 = Sim
Ajuda para deambular	0 = Nenhuma, acamado, cadeira de rodas 15 = Canadianas, bengala, andarilho 30 = Apoia-se na mobília
Medicação EV/ heparina	0 = Não 20 = Sim
Modo de andar/ transferência	0 = Normal, acamado 10 = Fraco 20 = Prejudicado
Estado mental	0 = Orientado para a própria capacidade 15 = Esquece as limitações

Pontuação:

- Sem risco < 24
- Baixo risco 25-50
- Alto risco > 51

ANEXO 3

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton - ESAS

ESCALA DE ESAS

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Sem dor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náuseas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de falta de ar possível

Escala no Anexo 1 da Organização de Serviços em Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos em Março de 2006

ESAS completa por:

☐ Doente ☐ Profissional de saúde
☐ Família ☐ Assistido por familiar ou profissional de saúde

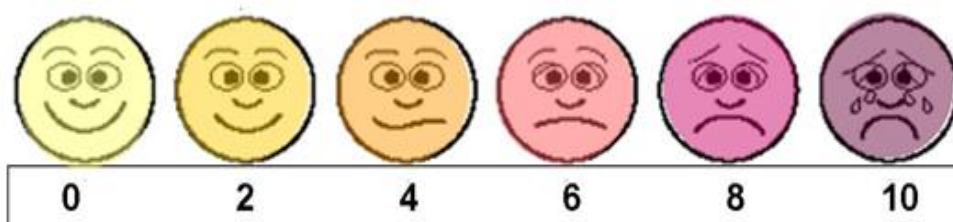
ANEXO 4

Escala de Avaliação da Dor

(escala de faces)

ESCALA DA DOR

Escala de faces Wong Baker



ANEXO 5

Escala de Barthel

ESCALA DE BARTHEL

Funções	Avaliação	Valor
Evacuar	Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema)	0
	Acidente Ocasional (uma vez por semana)	1
	Continente	2
Urinar	Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer	0
	Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas)	1
	Continente (por mais de 7 dias)	2
Higiene Pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	1
Ir à casa de banho	Dependente	0
	Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	1
	Independente	2
Alimentar-se	Incapaz	0
	Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..	1
	Independente (a comida é providenciada)	2
Deslocações	Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se	0
	Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se	1
	Pequena ajuda (verbal ou física)	2
	Independente	3
Mobilidade	Imobilizado	0
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...	1
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	2
	Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)	3
Vestir-se	Dependente	0
	Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	1
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	2
Escadas	Incapaz	0
	Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)	1
	Independente para subir e descer	2
Tomar banho	Dependente	0
	Independente (ou no chuveiro)	1

Classificação:

0 - 4: Muito Grave

5 - 9: Grave

10-14: Moderado

15-19: Ligeiro

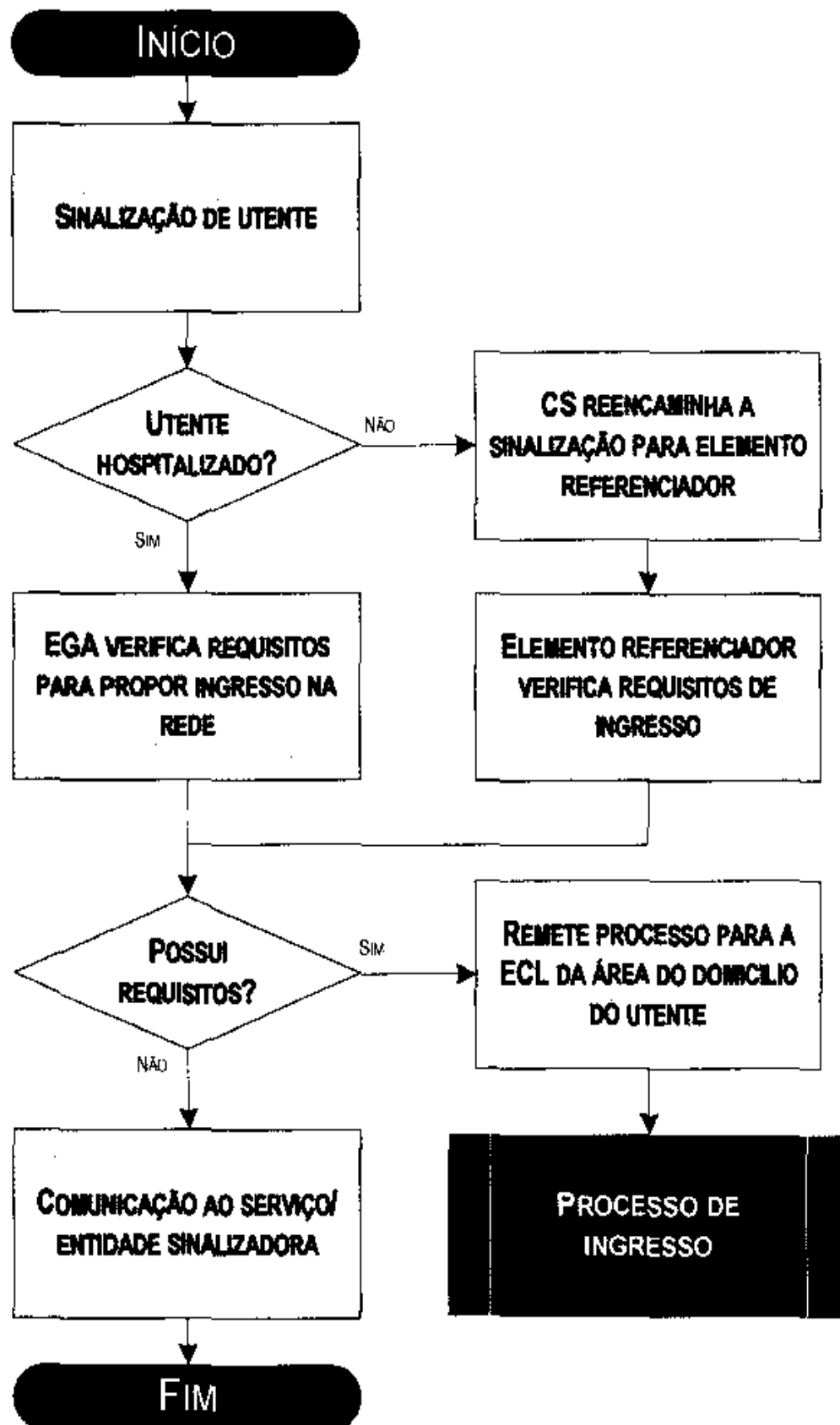
20: Independente

TOTAL					
Data	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____	__/__/____
Assinatura					

ANEXO 6

Fluxograma do Processo de Sinalização

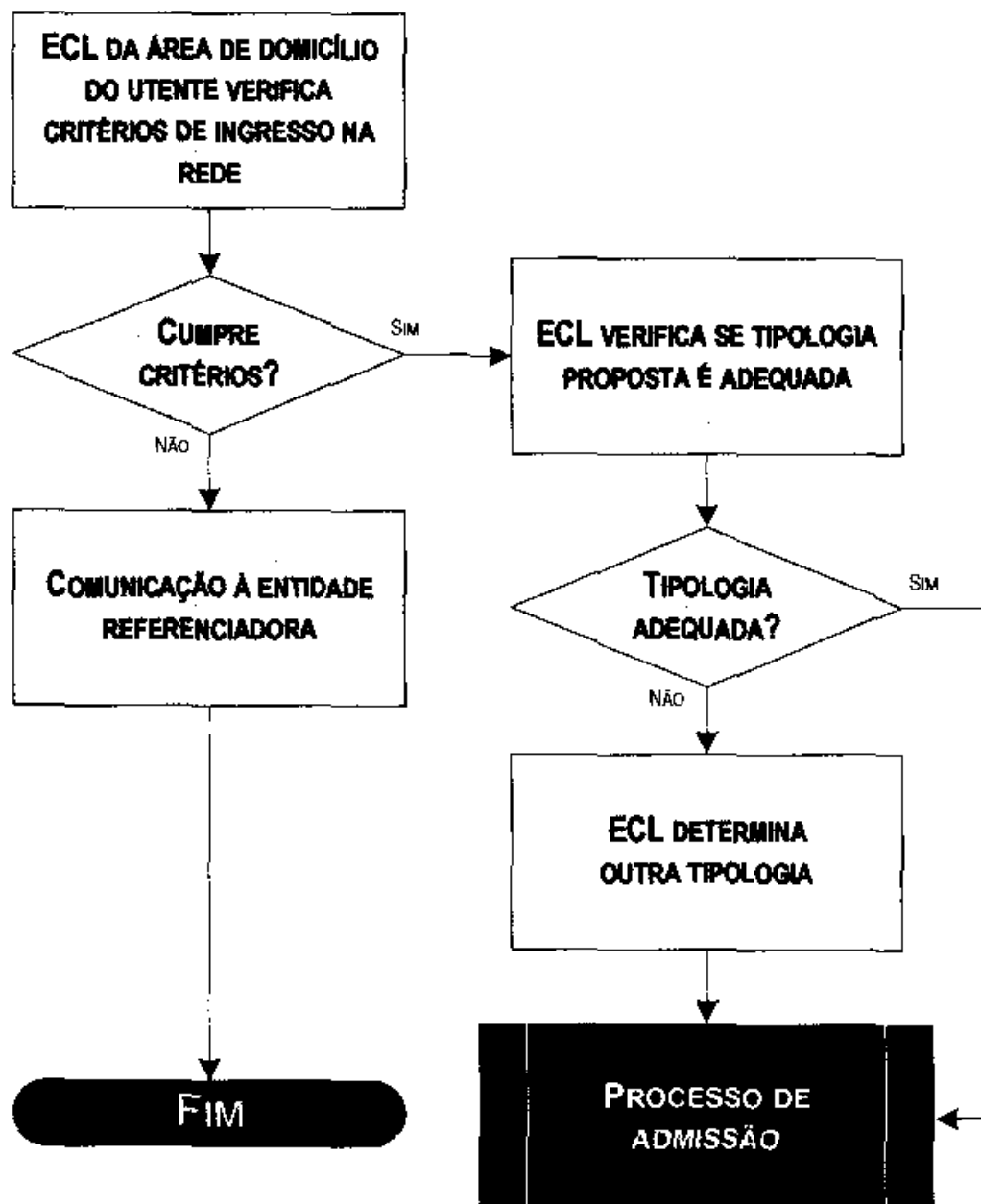
Fluxograma do Processo de Sinalização



ANEXO 7

Fluxograma do Processo de Ingresso

Fluxograma do Processo de Ingresso



ANEXO 8

Termo de Aceitação

Ex.ma Senhora,

Elementos de identificação do/a utente.

_____, data de nascimento _____,
residente em _____, n.º / lote _____, andar _____,
titular do Bilhete de Identidade n.º _____, emitido em _____,
pelo serviço de identificação de _____, ou do Passaporte n.º _____, emitido em _____,
contribuinte fiscal n.º _____, com NISS n.º _____.

Elementos de identificação do/a representante do/a utente na assinatura do TA

Representado/a (1) neste ato por _____, na qualidade de _____,
residente em _____, n.º / lote _____,
andar _____, titular do Bilhete de Identidade n.º _____,
emitido em _____, pelo serviço de identificação de _____, ou Passaporte n.º _____, emitido em _____.

Termo de Aceitação

Declaro que fui informado/a das intervenções de apoio social adequadas à minha situação e foi-me proposta a admissão numa Unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Para me serem prestados, enquanto aí me mantiver, cuidados de saúde e de apoio social tendentes à recuperação global da minha situação de dependência, declaro ter ficado ciente dos cuidados propostos, dos seus efeitos e de qual a sua finalidade e objetivos (2).

Declaro ainda que me comprometo a pagar, pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social prestados, o valor diário de _____ €, (
~~DOZE EUROS E TRINTA E UM CENTIMOS~~), por cada dia de prestação de cuidados no referido Prestador, apurado nos termos do disposto no Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro, com as alterações previstas no Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho.

Fui também informado/a que o valor diário da comparticipação da segurança social pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social é de _____ €, e que este é transferido diretamente para a instituição nos termos do n.º 3 do artigo 3 do referido Despacho Normativo.

Tomei ainda conhecimento da obrigatoriedade de celebração do contrato de prestação de serviços, conforme previsto no n.º 1 do artigo 11.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

Mais declaro que tomei conhecimento que:

- Referente aos cuidados, serviços de saúde e de apoio social que lhe serão prestados, os únicos valores que a Unidade lhe pode debitar são o valor diário que se compromete a pagar. Todas as outras despesas, não enquadráveis nestes cuidados e serviços e por si solicitados, são da sua exclusiva responsabilidade.

- Nos termos do disposto no referido Despacho Normativo, com as alterações previstas no Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho:

- Quando se registem alterações do agregado familiar, devo informar de imediato a Unidade, apresentando declaração em modelo próprio, com identificação das pessoas que deixaram ou passaram a integrá-lo e proceder à renovação da prova de rendimentos;
- Sou obrigado à renovação anual da prova de rendimentos até final do ano civil anterior, salvo quando se tratar de rendimentos apurados oficialmente pelo ISS, IP. Contudo, estou isento, nesse ano, da renovação da prova de rendimentos quando a data de admissão na Unidade ocorre no último trimestre do ano civil;
- Sempre que se verifique uma degradação dos rendimentos do agregado familiar superior a 25%, posso requerer ao Diretor do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, LP, (ISS, LP), mediante pedido devidamente fundamentado, que sejam considerados os rendimentos dos últimos três meses para efeitos do apuramento dos rendimentos, sendo que estes serão atualizados.

- Os valores diários acima indicados são revistos:

- Em função da atualização dos preços constantes da tabela anexa à Portaria atualizada anualmente nos termos do disposto no artigo 6º da Portaria 1087-A/2007 de 5 de setembro;
- Sempre que se registem alterações do agregado familiar;
- Sempre que ocorre a renovação da prova de rendimentos no início de cada ano civil ou, em caso de isenção de renovação, a atualização dos rendimentos.

(1) A representação implica a responsabilização por todos os atos, incluindo o pagamento em substituição do/a utente.

(2) Devem nomeadamente ser descritos ao/a utente, de forma clara e parcimoniosa, os cuidados ou procedimentos propostos, sua finalidade, objetivos e duração, possíveis complicações e/ou efeitos secundários e eventuais alternativas.

- O novo valor diário é comunicado nos termos e para os efeitos do Código do Procedimento Administrativo, através de notificação.
- Caso esteja abrangido/a pela comparticipação da segurança social, esta cessa quando:
 - Deixarem de se verificar as condições que deram lugar ao seu pagamento;
 - Não for renovada a prova de rendimentos nos termos acima referidos;
 - Não for apresentada declaração nos termos acima indicados;
 - A prestação de falsas declarações determina ainda a inibição no acesso ao direito a qualquer das prestações ou apoios objeto do Decreto-Lei n.º 70/20210, de 16 de junho, durante o período de 24 meses após o conhecimento do facto.
- A todo o tempo, e a meu pedido, posso dar por findo o internamento, sem prejuízo da responsabilidade por eventuais pagamentos a que haja lugar, decorrentes do período de internamento na referida unidade.
- Os meus dados pessoais serão tratados, sob sigilo, no domínio da RNCCI para sua exclusiva e estrita utilização para efeitos de gestão dos serviços e sei que posso aceder e retificar os dados que me respeitam mediante solicitação escrita nesse sentido ao ISS, I.P..

De forma livre e esclarecida e para os devidos efeitos,

☐ Declaro consentir a minha admissão, e aceitar e cumprir os termos acima enunciados,

- A. Na Unidade _____
- B. Na Unidade _____
- C. Na Unidade _____
- D. _____ (identificar se não há preferência de localização do Prestador.)

☐ Declaro que recuso a admissão aqui proposta, apesar de ter sido informado/a da sua adequação à minha situação de dependência.

_____ (local) _____ de _____ de _____

O/A Utente (3)

O/A Representante do/a Utente (4)

O/A Profissional de _____ (identificar entidade) (5)

Observações:

- (3) Assinatura do/a utente conforme o documento de identificação válido (BI/Passaporte) ou, no caso de não saber assinar, impressão digital, e respetiva cópia.
- (4) Assinatura de outrem a rogo do/a utente conforme o documento de identificação válido (BI/Passaporte) e respetiva cópia, nos termos e para efeitos dos Artigos 464º e seguintes do Código Civil. Devem ainda, neste caso, ser registados os respetivos contactos.
- (5) Assinatura legível do/a Profissional que presta a informação e obtém o TA do/a utente.

ANEXO 9

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

_____, (nome do doente),
_____, (estado civil), residente em _____
_____, titular do Bilhete de Identidade nº _____
_____, emitido em ____/____/_____, pelo Arquivo de _____, (preencher os
dados referentes ao Passaporte apenas na falta de B) Passaporte nº _____, emitido por
_____, (País) em ____/____/_____, Contribuinte Fiscal nº _____, Cartão de
Utente do SNS nº _____ Beneficiário do Subsistema nº _____ (se
for o caso, identificar sub-sistema de saúde e respectivo nº de beneficiário), NISS _____, declaro que:

Fui informado do meu estado de saúde, bem como das opções terapêuticas e das intervenções de apoio social adequadas à minha situação e foi-me proposta a admissão na RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, na modalidade de (assinalar qual a opção):

- ☐ internamento em Unidade de _____ (identificar a tipologia)
_____, (designação da unidade), situada
em _____, pelo período previsível de _____.
- ☐ apoio domiciliário por Equipa de _____ (identificar a ECCI ou
ECSCP), na residência acima identificada, pelo período previsível de _____.

Para me serem prestados, enquanto aí me mantiver, cuidados de saúde tendentes à recuperação global da minha situação de dependência, tendo ficado ciente dos cuidados e tratamentos de saúde propostos, dos seus efeitos e de qual a sua finalidade e objectivos¹.

No decurso da prestação de cuidados pela referida Unidade - Equipa (riscar o que não interessa), será desenvolvido, em conformidade com a minha situação, um Plano Individual de Intervenção que será elaborado em conjunto comigo e que me será descrito e explicado previamente à realização dos cuidados e intervenções aí previstas.

Fui também informado de ter total liberdade para recusar a admissão proposta e de poder, a qualquer momento, não autorizar/retirar o consentimento para a prestação dos cuidados de saúde e das intervenções de apoio social, bem como de a todo o tempo poder solicitar maior informação e/ou esclarecer dúvidas junto dos profissionais de saúde/apoio social que integram a Unidade - Equipa (riscar o que não interessa). Mais declaro saber que eventuais reclamações devem ser comunicadas à UMCCI-Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Rua Gomes Freire, nº5, 2º Direito. 1169-086 Lisboa Tel.: 21 358 80 60 – Fax 21 358 80 89 – www.rncci.min-saude.pt

¹ Devem nomeadamente ser descritos ao doente, de forma clara e perceptível, os cuidados, tratamentos ou procedimentos propostos, sua finalidade, objectivos e duração, possíveis complicações e/ou efeitos secundários e eventuais alternativas.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Os meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, serão tratados, sob sigilo, no domínio da RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para sua exclusiva e estrita utilização para efeitos de gestão dos serviços de saúde da Rede e de prestação de cuidados e tratamentos de saúde no respectivo âmbito. O responsável pelo tratamento é a UMCCI - Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados e sei que posso aceder e rectificar os dados que me respeitam mediante solicitação escrita nesse sentido à UMCCI.

Para o tratamento automatizado dos referidos dados, sob forma anonimizada, com fins de investigação médico-científica, dou expressa autorização: ☐ Sim ☐ Não (assinalar qual a opção)

De forma livre e esclarecida e para os devidos efeitos,

☐ Declaro consentir na minha admissão na _____
(identificar a Unidade/Equipa) nos termos acima enunciados.

☐ Declaro que recuso a admissão aqui proposta, apesar de ter sido informado da sua adequação ao meu estado de saúde e situação de dependência.

☐ Motivos _____

_____ (local), _____ de _____ de 200_____

O Utente ⁽¹⁾

O Representante do Utente ⁽²⁾

O Profissional de _____ (identificar entidade) ⁽³⁾

⁽¹⁾ Assinatura do utente conforme a do documento de identificação válido (BI/Passaporte) e respectiva cópia.

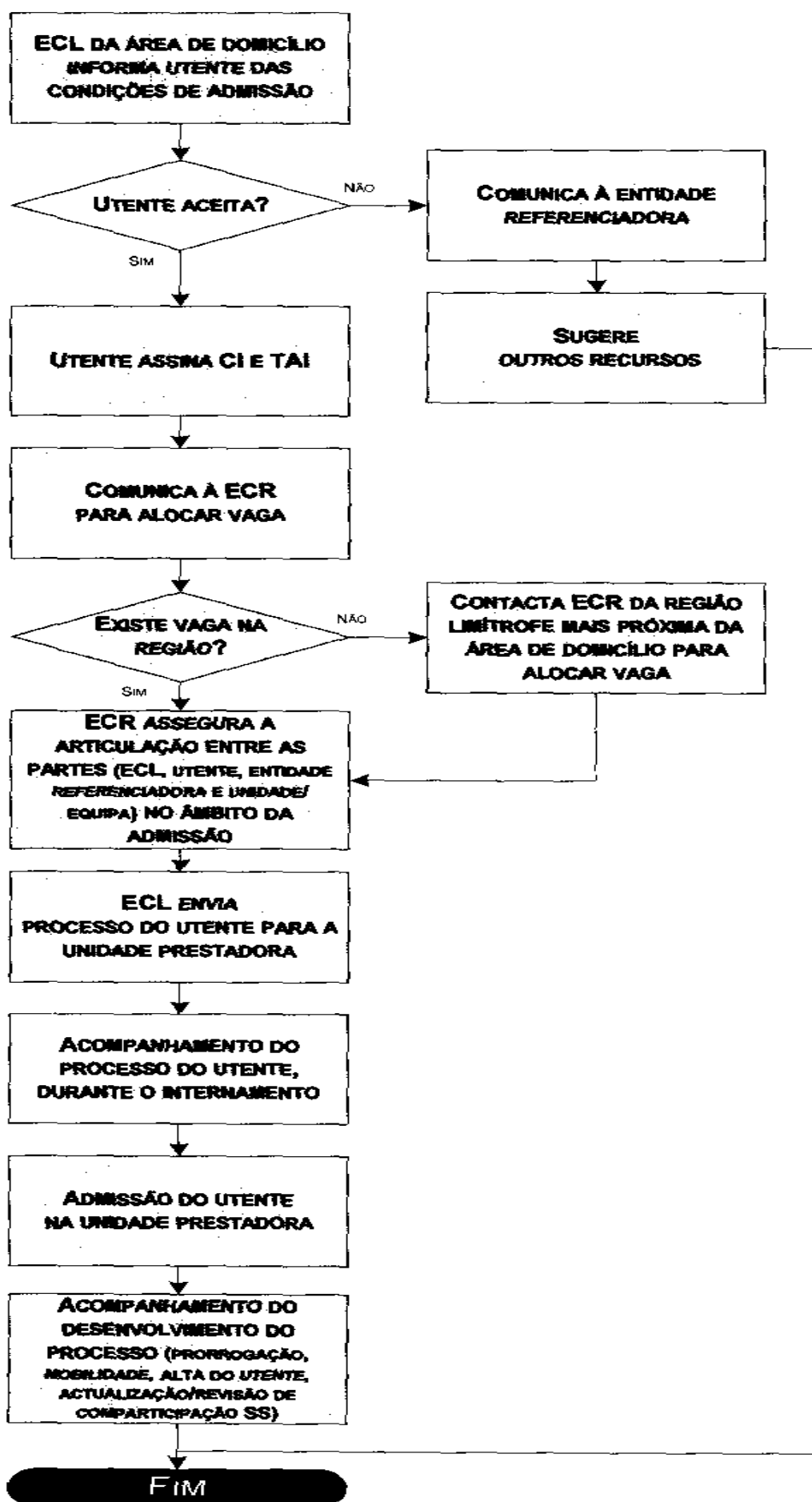
⁽²⁾ Assinatura conforme a do documento de identificação válido (BI/Passaporte) e respectiva cópia. Devem ainda, neste caso, ser registados os respectivos contactos.

⁽³⁾ Assinatura legível do Profissional que presta a informação e obtém o consentimento do utente

ANEXO 10

Fluxograma do Processo de Admissão

Fluxograma do Processo de Admissão



ANEXO 11

**Grelha de Acompanhamento/Avaliação
da RNCCI**

A. Identificação

		201	
Região	Distrito	DD. MM. AAAA	
Instituição Gestora da Unidade		Equipa Coordenadora Local (ECL)	
Elementos da Unidade (Nome e Apelido/Função)		Elementos da ECL (Nome e Apelido/Sector que representa)	

1. Período de Referência:

jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2. Tipologia da Unidade

- Unidade de Convalescença (UC) ☐
- Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) ☐
- Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) ☐
- Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) ☐

3. Denominação da Unidade

4. Lotação praticada

(Conforme Glossário)

Nota Explicativa

A presente Grelha serve de guia para o acompanhamento da actividade das Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e deverá ser aplicada e preenchida por, pelo menos, dois elementos da ECL em que um represente o sector da saúde e o outro o sector da segurança social.

A Grelha é o resultado de uma avaliação trimestral, que se pretende contínua, reflectindo aspectos da sua organização, funcionamento e prestação de cuidados, naquele período de referência.

Os elementos das ECL usarão as técnicas, como observação directa, consulta de documentos e colocação de questões, grupos de discussão, que considerem mais adequadas para a obtenção de resultados fidedignos ao longo do acompanhamento em que verificarão a concretização dos parâmetros constantes na Grelha.

Nos casos em que uma instituição gestora tenha celebrado acordo para mais de uma unidade da tipologia da RNCCI, aplicar-se-á uma grelha por Unidade de internamento.

A Grelha, por ser um instrumento de trabalho, apresenta-se sob o formato de *checklist* (cada alínea assinalada corresponde à afirmação de que existe (S) ou não existe (N), evidência daquele critério), havendo três tipos de espaços em aberto: para “Observações”, para “Outros Assuntos” e para “Descrição das recomendações e prazos”, que deverão ser negociadas com a Unidade.

A Grelha preenchida, incluindo parecer/recomendações e prazos, deverá ficar na posse da Equipa Coordenadora Local, sendo que uma cópia deverá ser enviada (trimestralmente) à Unidade e à Equipa Coordenadora Regional.

B. Grelha de Acompanhamento à Unidade

1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços

S N

1.1. É promovida uma reunião/contacto com os cuidadores informais/familiares no momento da admissão do utente até às primeiras 48h.

☐ ☐

1.2. É entregue o Manual de Acolhimento ao utente e/ou cuidadores informais/familiares na admissão.

1.3. Ao longo do processo de acolhimento, o utente (e/ou cuidadores informais/familiares) é informado verbalmente sobre:

1.3.1. regras gerais de funcionamento da Unidade;

☐ ☐

1.3.2. constituição da equipa de profissionais da Unidade;

☐ ☐

1.3.3. cuidados e serviços prestados na Unidade;

☐ ☐

1.3.4. direitos, garantias e deveres da/o utente e cuidadores informais/familiares;

☐ ☐

1.3.5. procedimento para apresentação de sugestões e reclamações.

☐ ☐

1.4. É garantido o envolvimento dos cuidadores informais/familiares através dos seguintes aspectos:

1.4.1. horário de visitas alargado (de acordo com a disponibilidade dos cuidadores/visitantes);

☐ ☐

1.4.2. participação no processo de acolhimento ao utente;

☐ ☐

1.4.3. participação no planeamento de cuidados;

☐ ☐

1.4.4. participação nas actividades de vida diária do utente;

☐ ☐

1.4.5. participação no planeamento da alta.

☐ ☐

Observações

2. Informação e comunicação com a/o utente

S N

2.1. Estão disponíveis em local bem visível:

2.1.1. mapa de pessoal com nome, grupo profissional e horas afectas à Unidade;

☐ ☐

2.1.2. horário mensal (ou quatro semanas) com turnos;

☐ ☐

2.1.3. mapa semanal das ementas;

☐ ☐

2.1.4. plano de actividades de animação social, cultural e recreativa.

☐ ☐

2.2. Todos os profissionais têm identificação.

☐ ☐

2.3. Os utentes têm um profissional de referência (gestor de caso) identificado.

☐ ☐

Observações

3. Direitos do utente

S N

3.1. Os profissionais tratam os utentes pelo nome.

☐ ☐

3.2. É salvaguardada a privacidade nos seguintes aspectos:

3.2.1. o utente tem acesso livre ao seu quarto;

☐ ☐

3.2.2. há dispositivos para garantir a privacidade entre camas;

☐ ☐

3.2.3. cada utente tem o seu próprio armário e mesa de cabeceira;

☐ ☐

3.2.4. o utente pode ter objectos pessoais no quarto.

☐ ☐

- 3.3. A relação dos profissionais com os utentes aparenta ser calorosa e respeitosa. ☐ ☐
- 3.4. Existe um procedimento de actuação face a: (anexar cópia 1ª vez e sempre que existam alterações)
- 3.4.1. acidentes/ incidentes com utentes; ☐ ☐
- 3.4.2. a reclamações/ sugestões. ☐ ☐
- 3.5. Existe algum procedimento para identificar potenciais situações de abuso, maus-tratos e/ou negligência? ☐ ☐
- 3.6. Foi referido por algum utente e/ou cuidador informal/familiar que este está a ser privado de usufruir de algo que necessite (ex: comer, medicamentos, utilização de vestuário próprio, próteses, etc) ☐ ☐

Observações

4. Recursos Humanos

S N

- 4.1. Estão presentes os profissionais necessários para a prestação de cuidados continuados integrados de acordo com o horário mensal. ☐ ☐
- 4.2. Existe director técnico. ☐ ☐
- 4.3. Existe director clínico. ☐ ☐
- 4.4. Existe enfermeiro chefe ou coordenador. ☐ ☐
- 4.5. A Unidade incentiva a formação continua dos seus profissionais. ☐ ☐
- 4.6. A Unidade tem um Plano de Formação estruturado. ☐ ☐
- 4.7. A Unidade estimula a afectação dos profissionais a tempo inteiro. ☐ ☐
- 4.8. A Unidade desenvolve estratégias para a estabilização das equipas (diminuição do *turnover*). ☐ ☐

Observações

5. Promoção da autonomia e Cuidados ao utente

S N

- 5.1. Existe um Plano Individual de Intervenção interdisciplinar. ☐ ☐
- 5.2. O Plano Individual de Intervenção é actualizado periodicamente. ☐ ☐
- 5.3. É assegurada a participação do utente através dos seguintes aspectos:
- 5.3.1. a sua perspectiva é considerada e influencia o planeamento dos cuidados; ☐ ☐
- 5.3.2. é envolvido durante a prestação de cuidados directos; ☐ ☐
- 5.3.3. as suas preferências e expectativas são registadas e respeitadas. ☐ ☐
- 5.4. Relativamente aos cuidados prestados ao utente constam no processo registos de:
- 5.4.1. avaliação da dor; ☐ ☐
- 5.4.2. prevenção das úlceras de pressão; ☐ ☐
- 5.4.3. avaliação do peso, na admissão, alta e regularmente; ☐ ☐
- 5.4.4. avaliação da dependência para a realização das AVD na admissão, alta e regularmente. ☐ ☐
- 5.5. Existe apoio espiritual. ☐ ☐
- 5.6. Na promoção de autonomia é assegurado que:
- 5.6.1. os utentes vestem roupa pessoal diferenciada para o dia e para a noite, ou conforme as actividades diárias; ☐ ☐
- 5.6.2. os utentes apresentam um aspecto limpo e cuidado; ☐ ☐
- 5.6.3. na prestação de cuidados de higiene e conforto há estimulação cognitiva e sensorial; ☐ ☐

5.6.4. existe flexibilidade nos horários de acordar, descanso e adormecer, das refeições e da higiene pessoal;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.5. os utentes não estão confinados ao leito;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.6. para os utentes que não possam sair do quarto existem actividades ocupacionais/ reabilitadoras;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.7. os utentes podem circular livremente na Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.8. os utentes utilizam ajudas técnicas de apoio à alimentação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6.9. os utentes utilizam ajudas técnicas de apoio às actividades de vida diária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7. Estão a ser utilizados os dispositivos promotores de autonomia/ funcionalidade existentes na Unidade, designadamente:		
5.7.1. dispositivos de apoio à locomoção (ex. corrimões, andaihos, etc) nos locais de circulação;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7.2. dispositivos de orientação temporal (relógio, calendário, etc);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7.3. dispositivos de orientação espacial (sinalética, cores, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações

6. Planeamento da Alta

	S	N
6.1. O planeamento da alta é iniciado logo que o utente é admitido na Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2. É promovida a qualificação dos cuidadores informais/ familiares através do ensino adequado e oportuno, face às necessidades do utente após a alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3. A proposta de alta/ mobilidade do utente é acordada com a ECL da área da Unidade com pelo menos 48 horas de antecedência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4. É feita a articulação com outras entidades (da saúde, rede solidária, autarquias) para garantir a continuidade de cuidados após alta da Unidade, em colaboração com a ECL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5. A Unidade faculta a informação necessária de modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados no pós-alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações

7. Instalações e equipamentos

	S	N
7.1. Está garantido o controlo de acessos à Unidade (entrada e saída de pessoas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. Os espaços interiores da Unidade permitem o livre acesso e circulação (ex: cadeiras de rodas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3. As amenidades da Unidade estão garantidas:		
7.3.1. apresenta um aspecto limpo e cuidado;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3.2. não se sentem odores desagradáveis;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3.3. a temperatura é confortável;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3.4. a iluminação é adequada;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3.5. o nível de ruído é confortável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4. O mobiliário e equipamentos são adequados para a prestação de cuidados na Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5. A Unidade apresenta um ambiente acolhedor e distinto do hospitalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações

8. Prevenção de infeção

	S	N
8.1. Está afixado, junto dos lavatórios, o procedimento para a lavagem das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Há dispositivos para desinfecção de mãos (ex. soluções alcoólicas) nos quartos e nas áreas funcionais de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. É efectuada a triagem e o acondicionamento dos resíduos com perigosidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. Está definida a periodicidade da recolha dos resíduos com perigosidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações

9. Monitorização e Registo

	S	N
9.1. Há um processo individual de cuidados continuados para cada utente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Consta nota de alta nos processos de utentes que tiveram alta da Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3. São registadas informação relevantes e ocorrências na passagem de turnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4. É registado no GestcareCCI (de acordo com as orientações da UMCCI):		
9.4.1. o Instrumento de Avaliação Integrado (IAI);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.2. avaliação médica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.3. avaliação de enfermagem;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.4. avaliação social;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.5. a avaliação da dor;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.6. o risco de quedas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.7. o risco de úlceras de pressão;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.8. a avaliação das úlceras de pressão;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4.9. o consumo de fraldas (aplicável a ULDM).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações

10. Avaliação dos resultados e da satisfação

	S	N
10.1. A Unidade avalia:		
10.1.1. a satisfação dos utentes e cuidadores informais/familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1.2. a satisfação profissional dos colaboradores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1.3. os resultados de acordo com os indicadores que definiu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observações

11. Recursos humanos afectos à Unidade de Internamento*

Áreas Profissionais	Nº Profissionais	Nº Total de Horas Semanais por área profissional	Formação frequentada durante o trimestre	Observações
Assistente Social				
Enfermeiro				
Fisioterapeuta				
Médico				
Nutricionista				
Pessoal Auxiliar				
Psicólogo				
Terapeuta da Fala				
Terapeuta Ocup.				
Outros				

*Considerar apenas os profissionais com intervenção directa na prestação de cuidados aos doentes internados na Unidade de CCI, para a capacidade contratualizada.

12. Outros assuntos

13. Recomendações

Descrição das Recomendações		Definição do prazo de cumprimento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		

Assinatura legível dos elementos da Unidade

Assinatura legível dos elementos da ECL

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Plano Individual de Intervenção



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

GESTOR DO CASO:

DATA DE ADMISSÃO:

DATA PREVISTA ALTA:

PRINCIPAL MOTIVO INTERNAMENTO:

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO:

ESCALAS (Avaliação inicial):

Barthel:

Brathen:

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS UTENTE:

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS FAMÍLIA:

PROBLEMAS	OBJECTIVOS / METAS	PRAZO	ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES
HTA	TA <140/90mmhg	Internamento	Monitorizar parâmetros hemodinâmicos__ id; Planear dieta hipossalina; Vigiar cumprimento de regime alimentar; Gerir actividade física; Gerir regime terapêutico, e regime terapêutico em S.O.S. para crise hipertensiva segundo protocolo; Monitorizar sinais e sintomas de hipertensão / hipotensão.
DM II	Glicemia em jejum <140 mg/dL Pós-prandial <200mg/dL Evitar hipoglicemias	Internamento	Vigiar glicemias; Gerir regime terapêutico de base; Gerir regime terapêutico com Insulina em bólus de acção rápida segundo protocolo; Planear dieta hipoglucídica; Vigiar cumprimento de regime alimentar.
Síndrome Demencial	Proporcionar bem-estar e conforto Prevenção de quedas e auto-lesão	Internamento	Cuidados globais (mencionados nos itens de Dependência); Providenciar contenção física se necessário (S.O.S.); Gerir regime terapêutico; Gerir ambiente físico.



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

	Controlar períodos de agitação psicomotora		
Asma	Prevenir agudizações	Internamento	Gerir regime terapêutico; Aerossolterapia S.O.S.; Monitorizar sinais e sintomas de agudizações.
DPOC	Prevenir agudizações	Internamento	Gerir regime terapêutico; Aerossolterapia S.O.S.; Monitorizar sinais e sintomas de agudizações.
Insuficiência renal	Prevenir agudizações	Internamento	Gerir regime terapêutico; Vigilância da diurese; Monitorizar tensão arterial; Monitorizar sinais e sintomas de agudizações; Planear dieta para insuficientes renais.
Insuficiência cardíaca	Prevenir agudizações Optimizar função cardíaca	Internamento	Monitorizar sinais vitais 1x id Gerir regime terapêutico; Monitorizar sinais e sintomas de descompensação. Optimizar posicionamento; Inserir cateter urinário e monitorizar balanço hídrico 1x turno.
Anemia crónica	Normalizar parâmetros do hemograma Minimizar astenia / dispneia / insuficiência cardíaca	1 mês	Monitorizar sinais vitais e coloração das mucosas; Monitorizar sinais de agravamento da anemia; Vigiar perdas hemáticas; Gerir regime terapêutico.
Obstipação Intermitente: Muito frequente, Frequente, Às vezes. Duração – Agudo ou Crónico	Controlar padrão de eliminação	1 mês	Auscultar ruídos intestinais; Palpar abdómen; Optimizar higiene perianal; Monitorizar frequência de dejetos e registar características das fezes; Planear dieta anti-obstipante e incentivar ingestão hídrica abundante; Gerir ingestão hídrica; Estimular actividade física; Gerir regime terapêutico; Informar o utente sobre os efeitos nocivos do abuso de laxantes; Vigiar sinais de desidratação;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

Probabilidade – Risco			Ensinar hábitos de eliminação intestinal; Remover fecalomas em S.O.S.; Realizar enema de limpeza em S.O.S.; Monitorizar peso corporal 1x por mês.
ITU	Cura Controlar sintomas	7 dias	Reforço da hidratação; Gerir regime terapêutico sintomático e/ou ATB
Desequilíbrio hidro-electrolítico / ácido-base	Normalizar dos parâmetros analíticos	30 dias	Gerir regime terapêutico; Monitorizar valores de ionograma; Vigilância / monitorização clínica.
Ileostomia/colostomia terminal	Manter ileostomia/colostomia funcionante Promover autonomia na mudança de saco e placa de colostomia	Internamento	Optimizar higiene da região peri-estoma; Monitorizar características do estoma; Aplicar creme protector; Vigiar perdas hemáticas; Monitorizar frequência e características das dejeções; Gerir dieta e ingestão hídrica; Gerir actividade física; Gerir regime terapêutico; Trocar saco de ileostomia sempre que necessário; Ensinar troca de saco e placa de ileostomia/colostomia; Ensinar cuidados a ter com o estoma.
Síndrome depressivo	Alcançar eutimia Controlar ansiedade	Internamento	Tratamento farmacológico; Psicoterapia; Optimizar padrão de sono; Evitar factores desencadeantes de stress Gerir o ambiente.
Alergia	Evitar reacção alérgica	Internamento	Evicção de
FA / Hipocoagulação	Prevenir eventos trombo-embólicos INR 2-3	Internamento	Monitorizar valores de INR de controlo; Controlar FC; Gerir regime terapêutico; Administrar terapêutica hipocoagulante segundo o esquema individual; Monitorizar perdas hemáticas.
Candidíase perineal	Cura	15 dias	Gerir regime terapêutico;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

	Prevenir reincidências		Optimizar cuidados de higiene.
Candidíase oral	Cura Prevenir reincidências	15 dias	Gerir regime terapêutico; Optimizar dos cuidados de higiene.
Epilepsia	Ausência de crises	Internamento	Gerir regime terapêutico; Gerir regime terapêutico em S.O.S. segundo protocolo; Monitorizar estado geral e de consciência; Evitar traumatismos.
Dispneia Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Duração – Agudo ou Crónico	Promover respiração eficaz Evitar agudizações	Internamento	Gerir regime terapêutico; Providenciar ambiente calmo; Promover repouso / planejar actividade física de acordo com tolerância; Optimizar posicionamento; Vigiar estado de consciência; Vigiar características da respiração / sinais de dificuldade respiratória; Vigiar coloração da pele e mucosas; Treinar técnica respiratória; Executar exercícios de expansibilidade torácica; Monitorizar sinais vitais; Monitorizar saturação de oxigénio em S.O.S.; Gerir oxigenoterapia; Aspirar secreções em S.O.S..
Expectorar Ineficaz: Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Duração – Agudo ou Crónico	Permeabilizar via aérea Expectorar eficazmente Adquirir conhecimento sobre: - Técnicas de inalação - Técnicas respiratórias - Prevenção da contaminação	3 meses	Colocar o utente em posição semi-fowler ou sentado; Optimizar posicionamentos; Gerir actividade física; Gerir regime terapêutico; Incentivar a tossir e expelir secreções; Aspirar secreções em S.O.S.; Vigiar / registar características das secreções; Optimizar inaloterapia; Monitorizar frequência respiratória ___ id ou em S.O.S.; Executar higiene oro-nasal; Estimular ingestão hídrica; Treinar técnica respiratória; Ensinar sobre prevenção de contaminação;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

			Providenciar cinesiterapia em S.O.S..
<p>Tossir</p> <p>Ineficaz:</p> <p>Em grau reduzido</p> <p>Em grau moderado</p> <p>Em grau elevado</p> <p>Intermitente:</p> <p>Muito frequente</p> <p>Frequente</p> <p>Às vezes</p>	<p>Permeabilizar via aérea</p> <p>Tosse eficaz e/ou término</p> <p>Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de inalação - Técnicas respiratórias - Prevenção da contaminação 	3 meses	<p>Colocar o utente em posição semi-fowler ou sentado;</p> <p>Optimizar posicionamentos;</p> <p>Executar exercícios de expansibilidade torácica;</p> <p>Treinar técnica da tosse;</p> <p>Incentivar a tossir e expelir secreções (ou outros – ex. alimentos);</p> <p>Vigiar características da tosse;</p> <p>Monitorizar frequência respiratória __ id;</p> <p>Optimizar inaloterapia;</p> <p>Instruir sobre contenção da parede abdominal durante o período da tosse;</p> <p>Estimular ingestão hídrica;</p> <p>Gerir regime terapêutico;</p> <p>Aspirar secreções em S.O.S..</p>
Aspiração (Risco de)	<p>Permeabilizar via aérea</p> <p>Evitar aspiração e suas complicações</p>	Internamento	<p>Optimizar posicionamentos;</p> <p>Treinar técnica da tosse;</p> <p>Incentivar a tossir e expelir secreções (ou outros – ex. alimentos);</p> <p>Colocar espessante se necessário;</p> <p>Ensinar sobre riscos / prevenção de aspiração;</p> <p>Vigiar refeições / alimentar se dependente;</p> <p>Aspirar secreções em S.O.S.;</p> <p>Inserir sonda nasogástrica em S.O.S..</p>
<p>Hematoma</p> <p>Em grau reduzido</p> <p>Em grau moderado</p> <p>Em grau elevado</p> <p>Localização Anatômica</p> <p>Dor (Presente/Ausente)</p>	Reduzir hematoma	3 meses	<p>Vigiar características do hematoma;</p> <p>Vigiar lesões associadas;</p> <p>Avaliar estado neurológico;</p> <p>Palpar massa na região do hematoma;</p> <p>Aplicar gelo;</p> <p>Vigiar dor;</p> <p>Monitorizar dor 1 x turno;</p> <p>Gerir analgesia conforme prescrição médica ou em S.O.S..</p>
Febre	<p>Controlar temperatura</p> <p>Evitar/controlar infecções</p> <p>Adquirir conhecimentos sobre arrefecimento</p>	3 meses	<p>Gerir ambiente físico;</p> <p>Monitorizar temperatura corporal __ id e em S.O.S.;</p> <p>Monitorizar sinais vitais __ id;</p> <p>Executar técnica de arrefecimento natural;</p>



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

	natural.		Vigiar características da pele e mucosas; Vigiar alterações neurológicas; Estimular ingestão hídrica; Gerir regime terapêutico.
Obesidade Em grau reduzido (30,0 a 34,9 Kg/m ²) Em grau moderado (35,0 a 39,9 Kg/m ²) Em grau elevado (+ 40 kg/m ²)	Reduzir peso corporal / IMC Reduzir perímetro abdominal	Internamento	Gerir dieta; Incentivar hábitos alimentares saudáveis; Incentivar prática de exercício físico; Ensinar sobre complicações do excesso de peso; Monitorizar peso corporal / IMC 1 x por mês; Monitorizar perímetro abdominal 1x por mês.
Malnutrição segundo MUST Em grau reduzido (valor 0 baixo risco) Em grau moderado (valor 1 médio risco) Em grau elevado (valor 2 ou + alto risco) Probabilidade - risco	Aumentar peso	Internamento	Gerir dieta; Incentivar hábitos alimentares saudáveis; Gerir actividade física; Monitorizar peso corporal / IMC 1 x por mês.
Mastigação Comprometida: Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado	Assegurar dieta favorável à capacidade de mastigação	Internamento	Gerir dieta; Educar para o uso de prótese dentária; Optimizar dieta adequada.
Deglutição Comprometida: Em grau reduzido Em grau moderado (Disfagia para líquidos) Em grau elevado (Disfagia para líquidos e moles)	Assegurar deglutição eficaz Diminuir/ manter quadro de dificuldade de deglutição	Internamento	Gerir dieta; Optimizar posicionamento; Colocar espessante na comida/água se necessário; Vigiar reflexo de deglutição; Estimular a salivação; Vigiar as refeições – evitar risco de aspiração; Inspeccionar cavidade oral após refeições; Treinar técnica de deglutição; Inserir sonda nasogástrica em S.O.S.;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

			Providenciar a avaliação por Terapeuta da Fala.
Vómito (ou risco de) Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes	Controlar vômito Diminuir frequência	3 meses	Optimizar posicionamento / posicionar o utente em PLS S.O.S.; Gerir dieta e oferecer líquidos variados ao utente; Providenciar saco plástico/bacia ao utente; Vigiar náuseas; Vigiar e registar características do vômito; Vigiar sinais de desidratação; Optimizar higiene oral; Monitorizar balanço hídrico 1x turno; Administrar terapêutica prescrita ou em S.O.S. segundo protocolo.
Desidratação Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Probabilidade - risco	Reverter desidratação	1 mês	Vigiar alterações estado de consciência; Vigiar características da pele e mucosas; Incentivar reforço hídrico e oferecer líquidos variados; Gerir regime terapêutico; Inserir sonda nasogástrica em S.O.S.; Inserir cateter venoso ou subcutâneo para fluidoterapia; Inserir cateter urinário; Vigiar e registar características da urina; Monitorizar peso corporal 1x por mês; Monitorizar sinais vitais ____id Monitorizar balanço hídrico 1x turno.
Edema Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Duração – Agudo ou Crónico Topologia Localização Anatómica Probabilidade - risco	Reduzir edema	3 meses	Vigiar e registar características do edema; Vigiar integridade cutânea; Optimizar posicionamento / elevar membro(s) afectado(s); Incentivar a mobilidade do membro edemaciado; Monitorizar sinais vitais 1x id Monitorizar perímetro da zona afectada ____ x por semana; Gerir regime terapêutico.
Incontinência fecal Em grau reduzido Em grau moderado	Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador):	Internamento / 3 meses	Gerir dieta; Identificar o padrão de eliminação intestinal; Monitorizar incontinência fecal;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

Em grau elevado Duração – Agudo ou crónico	- Técnicas de treino de incontinência - Cuidados à ileostomia/colostomia		Optimizar fralda em S.O.S.; Providenciar arrastadeira / ida ao sanitário a horas fixas e sempre que solicitado; Registar frequência e características das fezes.
Diarreia Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes Duração – Agudo ou Crónico	Adquirir conhecimento sobre: - Medidas de controlo da diarreia - Dieta adequada - Gestão de regime terapêutico	Internamento/ 3 meses	Optimizar higiene e vigiar pele da região perianal; Aplicar creme protector; Adequar dieta; Gerir ingestão hídrica; Gerir regime terapêutico; Monitorizar e registar frequência e características das dejeções; Monitorizar sinais vitais 1x id Monitorizar peso corporal __ x por mês.
Fecalomas Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes Duração – Agudo ou Crónico Probabilidade – Risco	Evitar surgimento de fecalomas Eliminar fecalomas Estabelecer padrão de eliminação intestinal regular	3 meses	Identificar o padrão de eliminação intestinal; Registar características das fezes; Monitorizar frequência de dejeções; Auscultar ruídos intestinais; Palpar abdómen; Optimizar higiene perianal; Gerir dieta e incentivar ingestão hídrica; Gerir regime terapêutico; Promover actividade física; Remover fecalomas S.O.S.; Realizar enema de limpeza em S.O.S.; Monitorizar peso corporal 1x por mês.
Incontinência Urinária Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Duração – Agudo ou crónico	Estabelecer hábitos/horários para urinar Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Técnica de treino da incontinência - Técnica de exercício	Internamento	Identificar padrão de eliminação vesical; Optimizar higiene na região perineal; Providenciar arrastadeira / ida ao sanitário a horas fixas e sempre que solicitado; Optimizar fralda S.O.S.; Inserir dispositivo urinário em S.O.S.; Gerir dieta e ingestão hídrica; Gerir actividade física (esforço); Treinar exercícios musculares pélvicos (exercícios de Kegel); Registar características da urina.



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

	muscular (pélvico) - Dispositivo urinário externo		
Retenção urinária Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Frequência – Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes Probabilidade - risco	Prevenir retenção Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Técnicas facilitadoras de eliminação - Técnicas de algaliação	Internamento	Monitorizar padrão de eliminação urinária; Palpar região supra-púbica para verificar a existência ou não de globo vesical; Optimizar posicionamento; Ensinar e executar técnicas facilitadoras da eliminação; Executar técnicas facilitadoras de eliminação; Inserir cateter urinário em S.O.S.; Instruir sobre técnica de esvaziamento vesical; Incentivar à ingestão hídrica, se indicado; Monitorizar débito urinário 1x turno; Registar características da urina.
Eritema Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Localização Anatômica	Cura Evitar reincidências	1 mês	Vigiar as características da lesão; Lavar a pele com sabão neutro; Providenciar roupa em algodão; Optimizar fralda frequentemente (se zona da fralda); Aplicar gelo em S.O.S.; Aplicar creme protector.
Maceração Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Localização Anatômica Probabilidade – risco	Cura Evitar reincidências	Internamento	Avaliar extensão das lesões; Lavar a pele com sabão neutro; Limpar /secar a pele; Optimizar fralda frequentemente (se zona da fralda); Aplicar creme protector.
Zona de pressão Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado	Eliminar zonas de pressão Evitar reincidências ou aparecimento de novas	Internamento	Optimizar posicionamento de __ em __ horas e em S.O.S.; Incentivar o utente à mobilização; Aplicar creme hidratante; Vigiar características da pele;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

<p>Duração – Agudo ou Crónico</p> <p>Localização Anatómica</p> <p>Probabilidade – risco</p>	<p>zonas de pressão noutras partes anatómicas</p> <p>Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de zona de pressão - Hábitos alimentares - Hábitos de higiene 		<p>Optimizar terapia com dispositivos auxiliares de alívio de pressão;</p> <p>Monitorizar o risco de Úlcera de Pressão (através da Escala de Braden);</p> <p>Gerir dieta;</p> <p>Ensinar sobre: medidas de prevenção de zonas de pressão, hábitos alimentares, hábitos de higiene, medidas de prevenção de zonas de pressão.</p>
<p>Úlcera de pressão</p> <p>Duração – Agudo ou Crónico</p> <p>Localização Anatómica</p> <p>Probabilidade</p>	<p>Promover cicatrização</p> <p>Promover o desbridamento de tecido desvitalizado</p> <p>Controlar infecção</p> <p>Prevenir infecção</p> <p>Manter tecidos viáveis fiáveis</p> <p>Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção da úlcera de pressão - Hábitos de exercício - Hábitos alimentares - Hábitos de higiene - Prevenção de traumatismos 	Internamento	<p>Identificar e corrigir os factores de risco;</p> <p>Monitorizar e registar as características da úlcera de pressão;</p> <p>Vigiar pele peri-lesional;</p> <p>Executar registo fotográfico da úlcera mensalmente, ou quando houver evolução / involução significativa da úlcera;</p> <p>Executar tratamento e penso à úlcera de pressão em dias programados ou em S.O.S.;</p> <p>Supervisionar o progresso da úlcera de pressão;</p> <p>Aplicar creme hidratante nos tecidos adjacentes;</p> <p>Optimizar penso;</p> <p>Monitorizar o risco de Úlcera de Pressão (através da Escala de Braden);</p> <p>Monitorizar dor 1x turno;</p> <p>Optimizar terapia com dispositivos auxiliares de alívio de pressão;</p> <p>Promover hábitos alimentares adequados;</p> <p>Assegurar controlo metabólico em indivíduos diabéticos;</p> <p>Providenciar ingestão hídrica adequada;</p> <p>Inserir cateter vesical permanente ou em S.O.S. se justificável pela localização da úlcera de pressão;</p> <p>Promover actividade física;</p> <p>Gerir hábitos de higiene;</p> <p>Instruir sobre: medidas de prevenção da úlcera de pressão, prevenção de traumatismos, hábitos de exercício, hábitos alimentares, hábitos de higiene.</p>
Ferida cirúrgica	Promover cicatrização	3 meses	Vigiar e registar características da ferida e área circundante;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

Localização Anatômica	Controlar / Prevenir infecção Adquirir conhecimentos sobre (utente e/ou cuidador): - complicações da ferida cirúrgica		Vigiar características do exsudado; Executar tratamento à ferida com técnica asséptica, em dias programados e em S.O.S.; Monitorizar temperatura corporal 1x id e S.O.S.; Ensinar sobre: complicações da ferida cirúrgica e cuidados da ferida cirúrgica.
Ferida traumática (Escoriação, Contusão, Laceração) Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Localização Anatômica	Promover cicatrização Prevenir infecção Adquirir conhecimentos sobre: - complicações da ferida - cuidados à ferida	3 meses	Avaliar características da ferida; Registar características da ferida; Vigiar exsudados, sinais de hemorragia e / ou sinais inflamatórios; Optimizar penso; Executar tratamento à ferida; Instruir sobre: complicações da ferida e cuidados à ferida.
Insónia Frequência – Contínua ou Intermitente Muito frequente Frequente Às vezes Duração – Agudo ou Crónico	Restabelecer padrão de sono adequado Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Técnica de relaxamento	3 meses	Gerir ambiente físico; Restringir sono diurno; Avaliar a qualidade e quantidade do sono; Providenciar bebida quente; Estimular expressão de sentimentos; Executar técnicas de relaxamento; Instruir sobre técnicas de relaxamento; Administrar terapêutica prescrita ou em S.O.S- segundo protocolo.
Espasticidade Frequência – Contínua ou Intermitente Muito frequente Frequente Às vezes Localização Anatômica	Reduzir espasticidade Evitar progressão da espasticidade Promover mobilização activa ou passiva	Internamento	Gerir posicionamentos; Executar técnica de posicionamento adequada; Instruir sobre técnica de relaxamento; Executar técnica de mobilização passiva; Executar técnica de mobilização activa assistida; Gerir regime terapêutico.
Convulsão	Prevenir convulsões	Internamento	Gerir ambiente físico;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

Frequência – Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes	Reduzir número de episódios Evitar complicações da convulsão		Registrar características da convulsão; Gerir regime terapêutico de base e S.O.S.; Prevenir complicações durante as convulsões; Instruir sobre: medidas de segurança nas convulsões; Optimizar posicionamento (PLS); Treinar técnica de posicionamento; Monitorizar estado geral e de consciência.
Parésia Duração – Agudo ou Crónico Localização Anatómica	Evitar espasticidade ou rigidez articular Reestabelecer funções neuromusculares e proprioceptivas Manter perfusão tecidual	Internamento	Executar técnica de mobilização passiva; Treinar técnica de mobilização activa assistida. Iniciar precocemente, técnicas específicas de MFR: <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de Kabat (PNF); • Cinesiologia polissegmentar; • Exercícios de Bobath; • RPG; • Técnicas de Massagem; • Termoterapia; • Electroterapia.
Rigidez articular (anquilose) Localização Anatómica Probabilidade – risco	Evitar agravamento da rigidez articular Diminuição da rigidez articular Potenciar capacidades	Internamento	Promover actividade física; Executar técnica de mobilização passiva; Treinar técnica de mobilização activa assistida.
Fractura Localização Anatómica Probabilidade – risco	Manter permeabilidade dos tecidos subjacentes Consolidação Potenciar capacidades	Internamento / 3 meses	Vigiar sinais de compromisso neurocirculatório; Optimizar imobilização / aparelho gessado; Executar técnica de posicionamento; Incentivar a utilização de dispositivos ortésicos; Instruir sobre precauções de segurança (ex. imobilização); Iniciar precocemente, técnicas de MFR: <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios isométricos, isotónicos, isocinético; • Exercícios de Kabat (PNF); • Cinesiologia polissegmentar AA; AP: AR; • Exercícios de Bobath; • RPG;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

			<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de Massagem; • Termoterapia; • Electroterapia.
Equilíbrio corporal Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Duração – Agudo ou crónico	Promover autonomia com ou sem auxiliares de marcha Promover equilíbrio corporal	Internamento	Optimizar posicionamentos; Optimizar barreiras de protecção (grades, imobilizadores); Instruir sobre medidas para deambular; Executar treino de equilíbrio; Gerir regime terapêutico.
Agitação Frequência – Intermitente Muito frequente Frequente Às vezes	Controlar quadro de agitação	Internamento	Gerir o ambiente físico; Vigiar acção do doente; Optimizar barreiras de protecção (grades, imobilizadores); Gerir regime terapêutico.
Afasia (mista, sensitiva ou motora)	Estabelecer padrão de comunicação	Internamento	Incentivar e otimizar a comunicação; Providenciar terapia da fala; Usar meios auxiliares de comunicação se necessário.
Disartria	Estabelecer padrão de comunicação	3-6 meses	Incentivar e otimizar a comunicação; Providenciar terapia da fala; Usar meios auxiliares de comunicação se necessário.
Dor (Oncológica, Fantasma, por Ferida, Músculo-esquelética, Isquémica) Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Frequência – Contínua ou Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes	Controlar dor Diminuir dor	3 meses / Internamento	Monitorizar a dor em 1x turno ou em S.O.S.; Registar características da dor; Gerir posicionamento; Promover expressão de sentimentos; Ensinar sobre avaliação da dor; Executar técnicas de relaxamento; Executar técnicas antálgicas específicas de MFR: <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de Massagem; • Termoterapia; • Electroterapia; Instruir sobre técnica de distração; Gerir regime terapêutico - analgesia em horário e em S.O.S..



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

Duração – Agudo ou Crónico			
Localização Anatômica			
Visão Alterada Duração – Agudo ou Crónico	Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Precauções de segurança: visão alterada - Uso de óculos/lentes de contacto	Internamento	Orientar a pessoa no ambiente; Ensinar sobre equipamento: lentes de contacto/óculos; Ensinar sobre precauções de segurança; Aconselhar sobre ajudas técnicas.
Audição Alterada Duração – Agudo ou Crónico	Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Uso de prótese auditiva	Internamento	Optimizar a comunicação; Ensinar sobre equipamento: prótese auditiva; Aconselhar sobre ajudas técnicas.
Susceptibilidade à infecção Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado Probabilidade - risco	Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Medidas de prevenção da infeção; - Hábitos de higiene adequados; - Alimentação adequada; - Vacinação. Evitar infeções	Internamento	Gerir ambiente físico; Monitorizar frequência cardíaca 1x id; Monitorizar frequência respiratória 1x id; Monitorizar tensão arterial 1x id; Monitorizar temperatura 1x id; Vigiar características da pele e mucosas; Vigiar sinais de infeção; Aplicar medidas de controlo de infeção (isolamento de contenção); Ensinar sobre medidas de controlo de infeção; Ensinar sobre cuidados de higiene adequados; Ensinar sobre alimentação saudável.
Alucinação Frequência – Intermitente: Muito Frequente Frequente Às vezes	Controlar / diminuir frequência das alucinações	3 meses / Internamento	Gerir ambiente físico; Vigiar comportamento do utente; Aplicar dispositivos de segurança; Estimular a percepção do utente com objectos/pessoas significativas.
Confusão	Controlar/diminuir quadro	3 meses /	Gerir ambiente físico;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

<p>Frequência – Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes</p> <p>Duração – Agudo ou Crónico</p>	<p>de confusão Orientar utente</p>	<p>Internamento</p>	<p>Vigiar comportamento do utente; Aplicar dispositivos de segurança; Estimular a memória do utente com objectos/pessoas significativas.</p>
<p>Ansiedade Demonstrada: Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado</p> <p>Frequência – Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes</p>	<p>Controlar / diminuir quadro de ansiedade</p>	<p>Internamento</p>	<p>Gerir ambiente físico; Vigiar sinais de ansiedade; Identificar mecanismos de defesa; Gerir regime terapêutico; Executar técnicas não farmacológicas de controlo da ansiedade; Encorajar expressão de sentimentos; Facilitar o apoio da pessoa significativa; Encaminhar para apoio psicológico se necessário.</p>
<p>Actividades de Vida Diária (AVD's) Dependente: Em grau reduzido (supervisão) Em grau moderado (parcial) Em grau elevado (total) Em grau muito elevado (cuidados especiais)</p>	<p>Potencializar utente à realização das AVD's com o máximo de autonomia Satisfazer todas as necessidades básicas do utente Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Equipamento adaptativo / Ajudas técnicas - Aprendizagem de capacidades para a realização das AVD's</p>	<p>Internamento</p>	<p>Estimular, orientar e supervisionar as AVD's; Instruir sobre estratégias / equipamentos adaptativos; Treinar utente a executar AVD's com ajudas técnicas; Treinar cuidador sobre equipamento adaptativo / ajudas técnicas para realização das AVD's; Estimular cuidador para a realização das AVD's com o utente.</p>
<p>Higiene – banho, lavar</p>	<p>Providenciar cuidados de</p>	<p>Internamento</p>	<p>Orientar e supervisionar o autocuidado: higiene;</p>



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

Dependente: Em grau reduzido (supervisão) Em grau moderado (parcial) Em grau elevado (total) Em grau muito elevado (cuidados especiais)	higiene adequados Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Equipamento adaptativo/Ajudas técnicas - Hábitos de vida saudáveis – higiene - Aprendizagem de capacidades para autocuidado: higiene	/ 3 meses	Instruir sobre estratégias adaptativas; Treinar o utente / cuidador sobre equipamento adaptativo/ajudas técnicas; Proporcionar cuidados de higiene parciais em S.O.S..
Vestuário – vestir/despir-se Dependente: Em grau reduzido (supervisão) Em grau moderado (parcial) Em grau elevado (total) Em grau muito elevado (cuidados especiais) Topologia Localização Anatómica	Promover uma apresentação cuidada Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Técnicas facilitadoras no vestir e despir	Internamento / 3 meses	Considerar os gostos do utente; Ajustar o vestuário e calçado às necessidades do utente (fácil de colocar, confortável); Colocar a roupa junto do utente e segundo a ordem pela qual vai ser vestida; Proporcionar tempo suficiente à execução das tarefas e ajudar o utente quando necessário; Iniciar o processo de vestir pelo lado afectado; Instruir utente e cuidador acerca do uso de auxiliares / ajudas técnicas (velcro, calçadeira de cabo longo, etc.) no vestuário e calçado. Treinar com o utente e cuidador sobre: Técnicas facilitadoras no vestir e despir.
Comer Dependente: Em grau reduzido (supervisão) Em grau moderado (parcial) Em grau elevado (total)	Promover alimentação adequada Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Hábitos de vida saudáveis: alimentação - Estratégias adaptativas para comer	Internamento / 3 meses	Estimular o utente a alimentar-se; Posicionar o utente para comer; Verificar dieta fornecida às refeições; Cortar os alimentos e / ou alimentar a pessoa se necessário; Vigiar a quantidade de refeição ingerida; Administrar suplementos alimentares; Estimular / executar a higiene oral; Instruir sobre ajudas técnicas no apoio à alimentação; Ensinar utente ou cuidador sobre: Técnicas adaptativas para dar de comer, Técnicas



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

	- Ajudas técnicas no apoio à alimentação		adaptativas para preparar alimentação adequada, Técnicas adaptativas para dar de comer.
<p>Beber</p> <p>Dependente:</p> <p>Em grau reduzido (supervisão)</p> <p>Em grau moderado (parcial)</p>	<p>Promover aporte hídrico adequado</p> <p>Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de vida saudáveis: ingestão de líquidos - Estratégias adaptativas para beber - Ajudas técnicas no apoio à alimentação 	<p>Internamento / 3 meses</p>	<p>Estimular a pessoa a ingerir líquidos;</p> <p>Posicionar o utente para beber;</p> <p>Monitorizar quantidade de líquidos ingeridos;</p> <p>Executar administração de líquidos;</p> <p>Ensinar utente ou cuidador sobre: Técnicas adaptativas para dar de beber, Técnicas adaptativas para preparar líquidos à temperatura e com a consistência adequada, Técnicas adaptativas para dar de beber.</p>
<p>Ir ao sanitário</p> <p>Dependente:</p> <p>Em grau reduzido (supervisão)</p> <p>Em grau moderado (parcial)</p> <p>Em grau elevado (total)</p>	<p>Promover o máximo de autonomia na ida ao sanitário</p> <p>Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estratégias adaptativas para a eliminação 	<p>Internamento / 3 meses</p>	<p>Providenciar arrastadeira / urinol;</p> <p>Instalar a pessoa no sanitário;</p> <p>Supervisionar eliminação – registar características das Fezes e urina;</p> <p>Providenciar higiene;</p> <p>Instruir / treinar o utente ou cuidador sobre estratégias adaptativas para a eliminação.</p>
<p>Sentar-se</p> <p>Dependente:</p> <p>Em grau reduzido (supervisão)</p> <p>Em grau moderado (parcial)</p> <p>Em grau elevado (total)</p>	<p>Promover o máximo de autonomia no sentar</p> <p>Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipamento adaptativo para se transferir - Aprendizagem de 	<p>Internamento / 3 meses</p>	<p>Supervisionar o levante;</p> <p>Manter o conforto e segurança do utente;</p> <p>Imobilizar a região dolorosa ou hemiparético com uma almofada;</p> <p>Treinar técnica de sentar;</p> <p>Instruir / treinar o utente ou cuidador no uso de equipamento adaptativo (trapézios, baixar cama);</p> <p>Avaliar sinais vitais antes e após, nos primeiros levantes.</p>



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

	estratégias para se sentar		
Transferir-se Dependente: Em grau reduzido (supervisão) Em grau moderado (parcial) Em grau elevado (total)	Promover o máximo de autonomia na transferência Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Equipamento adaptativo para se transferir - Aprendizagem de capacidades para se transferir	Internamento / 3 meses	Supervisionar o levante; Manter o conforto e segurança do utente; Treinar técnica de transferência; Treinar o uso de equipamento adaptativo; Transferir o utente entre superfícies, utilizando o elevador / tábua de transferência; Incentivar a permanência no cadeirão; Instruir / treinar o cuidador sobre o uso de equipamento adaptativo.
Rodar-se (posicionar-se) Dependente: Em grau reduzido Em grau moderado Em grau elevado	Promover o máximo de autonomia no auto-posicionamento Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Vantagens de posicionamento adequado - Técnica de posicionamento - Aprendizagem de estratégias do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	Internamento / 3 meses	Supervisionar e otimizar posicionamentos; Assistir no posicionamento, consoante o grau de dependência; Colocar almofadas nas zonas de pressão; Proporcionar conforto e segurança; Instruir sobre vantagens do posicionamento adequado; Instruir / Treinar prestador de cuidados na técnica de posicionamento.
Pôr-se de pé Dependente: Em grau reduzido	Promover o máximo de autonomia par se pôr de pé	Internamento / 3 meses	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo (andarilho, canadianas, sapatos antiderrapantes...); Treinar o uso de equipamento adaptativo;



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

(supervisão) Em grau moderado (parcial) Em grau elevado (total)	Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - Equipamento adaptativo para se pôr de pé - Aprendizagem de estratégias para se pôr de pé		Treinar / executar técnica de levante; Executar treino de equilíbrio; Manter o conforto e a segurança; Instruir / treinar prestador de cuidados no uso de equipamento adaptativo.
Cair (risco de) Probabilidade – Risco: Baixo risco (baixo) Médio risco (algum) Alto risco	Evitar quedas Adquirir conhecimento sobre (utente e/ou cuidador): - prevenção de quedas	Internamento / 3 meses	Gerir ambiente; Optimizar posicionamentos; Manter a pessoa sob vigilância; Restringir actividade motora se necessário; Manter medidas de segurança; Instruir sobre prevenção de acidentes; Executar teino de marcha e equilíbrio; Gerir regime terapêutico.
Deambular Dependente: Em grau reduzido (supervisão) Em grau moderado (ajudas técnicas) Em grau elevado (ajudas técnicas e terceiros)	Promover o máximo de autonomia no deambular Adquirir conhecimentos sobre (utente e/ou cuidador): - Meios auxiliares de marcha Reeducar o equilíbrio Optimizar o padrão da marcha	Internamento / 3 meses	Treinar o uso de meios auxiliares de marcha; Executar técnica de marcha; Assistir / supervisionar na deambulação; Executar teino de marcha e equilíbrio; Exercícios de Bobath; Instruir o prestador de cuidados sobre meios auxiliares de marcha.
Adesão ao regime terapêutico – Demonstrado – Não Demonstrado Frequência – Contínua	Promover a adesão ao regime terapêutico Adquirir conhecimento sobre: - Auto-administração de terapêutica	Internamento	Informar sobre tratamentos; Treinar auto-administração de terapêutica; Educar sobre efeitos da medicação; Advogar os benefícios em relação aos comportamentos de adesão; Ensinar/ treinar o prestador de cuidados na administração de terapêutica.



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

<p>– Intermitente: Muito frequente Frequente Às vezes Portador – Indivíduo – Família</p>	<p>- Hábitos de vida implícitos no regime terapêutico</p>		
<p>Papel do prestador de cuidados – Adequado – Inadequado</p>	<p>Que o cuidador adquira conhecimentos essenciais</p>	<p>Internamento</p>	<p>Escutar o prestador de cuidados sobre os seus medos e incertezas; Instruir / treinar o prestador de cuidados: no autocuidado – higiene, comer, beber, ir ao sanitário, actividade reactiva, transferir-se, posicionar-se, deambular -, no uso de ajudas técnicas, cuidados ao estoma, gestão do espaço físico, prevenção de aspiração, inaloterapia, oxigenoterapia, aspiração de secreções, prevenção de úlceras de pressão, gestão do regime terapêutico.</p>
<p>Retaguarda familiar deficitária</p>	<p>Sensibilizar os elementos familiares e de apoio para a importância da visita e acompanhamento ao utente; Envolver família e responsável do utente nos cuidados.</p>	<p>Internamento</p>	<p>Manter apoio constante com os visitantes e familiares; Aferir no registo diário de visitas a presença de visitantes ao utente; Responsabilizar a família com ações a desenvolver.</p>
<p>Ausência de retaguarda familiar para assumir apoio</p>	<p>Trabalhar resposta de apoio</p>	<p>Internamento</p>	<p>Articular com TSSS da Ação Social da área de residência do utente/agregado familiar; Sinalizar a situação social com envio de Relatório Social e permanente articulação.</p>
<p>Indisponibilidade de apoio familiar em assegurar o regresso do utente ao domicílio no pós-alta</p>	<p>Trabalhar resposta de apoio que assegure e garanta a continuidade de cuidados</p>	<p>Internamento</p>	<p>Apresentar as respostas sociais e de apoio existentes na comunidade, bem como, condições e critérios para admissão; Fornecer listagem de Instituições que prestem serviços em resposta de apoio na comunidade; Informar e fornecer listagem de Famílias de Acolhimento; Solicitar comprovativos de inscrição em respostas sociais de apoio.</p>
<p>Ausência de rendimentos / Precariedade Económica</p>	<p>Informar e Orientar sobre as Prestações Sociais</p>	<p>15 Dias</p>	<p>Articular com o Serviço Social da Segurança Social; Adequar a prestação social aos critérios do utente; Prestar apoio no preenchimento dos requerimentos; Solicitar comprovativo de entrega de documentos; Aferir condição de insuficiência económica.</p>



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

Ausência de Ajudas Técnicas	Encaminhar o responsável do utente para Centro Saúde / Segurança Social	Internamento	Articular com os serviços de apoio para atribuição de ajuda técnica; Apoiar família no preenchimento de requerimentos.
UCCI distanciada da área de residência do utente e família	Formular pedido de transferência por aproximação à área de residência do agregado familiar	15 Dias	Apresentar as UCCI da área de residência do utente e registo das UCCI preferenciais; Submeter o pedido de transferência à ECL; Manter o utente e família informados do estado do processo de transferência.
Desgaste Psicológico e Físico da Cuidadora	Proporcionar bem-estar	15 Dias	Prestar apoio psicossocial; Tranquilizar e escutar a prestadora de cuidados; Ajustar estratégias de alívio da sobrecarga; Encaminhar para avaliação e acompanhamento psicológico; Articular com o Centro de Saúde da área de residência e reportar para apoio psicológico.
Fragilidade Emocional do utente	Avaliar o estado de desgaste e proporcionar bem-estar.	Internamento	Prestar apoio psicossocial; Tranquilizar e escutar o prestador de cuidados; Encaminhar para avaliação e acompanhamento psicológico.
Caso Social	Reorganizar as necessidades emergentes do utente	Internamento	Articular com as instituições / entidades referenciadoras da situação social; Manter articulação constante e atualizada das vagas de emergência para integração em resposta de apoio.
Condições Habitacionais impróprias para o regresso do utente ao domicílio - situação de carência económica	Aceder a programa de requalificação habitacional	1 mês	Articular com TSSS da Ação Social da Autarquia Local; Fundamentar de acordo com os critérios de acesso ao programa; Solicitar visita domiciliária e relatório da mesma pelos técnicos da área de residência; Apoiar no preenchimento do requerimento e instruir processo; Solicitar comprovativos de entrega de documentos.
Agregado Familiar constituído por Idosos	Trabalhar resposta de apoio que assegure e garanta a continuidade de cuidados	Internamento	Apresentar as respostas sociais e de apoio existentes na comunidade, bem como, condições e critérios para admissão; Fornecer listagem de Instituições que prestem serviços em resposta de apoio na comunidade; Solicitar comprovativos de inscrição em respostas sociais de apoio.



PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

ELEMENTOS PARTICIPANTES

NOME	FUNÇÃO	RUBRICA
	Médico	
	Enfermeiro	
	Fisiatra	
	Fisioterapeuta	
	Terapeuta Ocupacional	
	Terapeuta da Fala	
	Psicólogo Clínico	
	Nutricionista	
	Assistente Social	

APÊNDICE 2

Grelha de Avaliação do Plano Individual de Intervenção



GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PII

AVALIAÇÃO Nº:

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

GESTOR DO CASO:

CATEGORIA PROFISSIONAL:

DATA DE ADMISSÃO:

DATA PREVISTA ALTA:

PRINCIPAL MOTIVO INTERNAMENTO:

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO:

ESCALAS (Avaliação inicial):

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS DOENTE:

EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS FAMÍLIA:

DATA				
PROBLEMA				



GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PII

AVALIAÇÃO Nº:

NOME:

QUARTO:

Nº PROCESSO:

ELEMENTOS DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA
	Médico	
	Enfermeiro	
	Fisiatra	
	Fisioterapeuta	
	Psicólogo Clínico	
	Nutricionista	
	Assistente Social	

APÊNDICE 3

**Divulgação e Acolhimento do Projeto “Cuidados Paliativos no
Alto Minho - Uma Necessidade”**

Atividade N.º 1	
Ação	Divulgação e Acolhimento do Projeto “Cuidados Paliativos no Alto Minho - Uma Necessidade”
Fundamentação	<p>Pela constante evolução nas políticas da saúde e das necessidades sentidas pela população houve necessidade de alterar/melhorar os programas já existentes. Assim a 6 de Junho de 2006 através do Decreto-Lei n.º 101/2006 é criada a RNCCI no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, que oferece respostas de forma a “desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”. No seu art. nº 2 refere que “a Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais”. Esta prática requer uma equipe de trabalho multidisciplinar com uma organização própria e com pessoal especializado.</p> <p>Posteriormente a 5 de setembro de 2012 foi decretada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), que “consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos” e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) sob a tutela do ministério da saúde.</p> <p>No seguimento nomeadamente destas duas alterações e por exercermos funções numa Instituição que possui uma UCCILDM e uma UCCIMDR sentimos a necessidade de criar uma UCP em Viana do Castelo associada às anteriores.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o Projeto de Intervenção “Cuidados Paliativos no Alto Minho - Uma Necessidade”; • Sensibilizar a Direção do CCD bem como a ECL Vale do Lima e Coura/ECR para a implementação do Projeto; • Envolver a Equipa Multidisciplinar da UCCILDM e da UCCIMDR bem como a ECL Vale do Lima e Coura e a ECR na dinamização do Projeto; • Identificar potencialidades e possíveis constrangimentos existentes na implementação do Projeto; • Negociar data de início do Projeto com a Direção do CCD e a ECR; • Recolher sugestões da Equipa Multidisciplinar da UCCILDM e da UCCIMDR bem como a ECL Vale do Lima e Coura e a ECR para a concretização do Projeto.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto informal com a ECL Vale do Lima e Coura e a ECR;

	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento das reuniões para a primeira quinzena após estarem reunidas as condições financeiras para a elaboração da candidatura. <ul style="list-style-type: none"> ○ 1º Momento: Membros da Direção do CCD; ○ 2º Momento: Membros constituintes da ECL Vale do Lima e Coura; ○ 3º Momento: Membros da ECR; • Elaborar convocatória de todos os intervenientes (via telefone e email), obtendo a confirmação dos mesmos.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Membros da Direção do CCD
População Alvo	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Momento: Membros da Direção do CCD; • 2º Momento: Membros da Equipa Multidisciplinar da UCCILDM e da UCCIMDR; • 3º Momento: Membros constituintes da ECL Vale do Lima e Coura; • 4º Momento: Membros constituintes da ECR;
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Comentários e natureza dos mesmos sobre a sensibilização para a implementação do Projeto; • Definição de data de início da implementação; • Obstáculos e constrangimentos identificados; • Identificação das sugestões da população alvo;

APÊNDICE 4

**Descrição do Compromisso Assistencial e Definição da Missão,
Valores e Visão da Unidade de Cuidados Paliativos**

Atividade N.º 2	
Ação	Descrição do Compromisso Assistencial e definição da Missão, Valores e Visão da Unidade de Cuidados Paliativos
Fundamentação	<p>O compromisso assistencial, este é sustentado pela MCSP (2009) em indica que compete à Unidade assegurar as suas funções através do compromisso assistencial contratualizado internamente, que se contextualiza no seu Plano de Ação. Neste Plano de Ação, consta o planeamento das atividades de prestação de cuidados de saúde e sociais, numa vertente institucional, mencionando os objetivos, indicadores e metas a alcançar (nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência).</p> <p>O compromisso assistencial é sustentado pela definição da visão, missão e valores. Assim, para a UCP que estamos a criar, pretendemos que tenha uma equipa altamente qualificada e de referência no âmbito da prestação de cuidados paliativos para a região norte.</p> <p>Tal como preconizado pelo PNCP e pela RNCCI, os doentes e seus familiares serão envolvidos no processo de tomada de decisões, estando as suas preferências e hábitos na base de construção do plano de cuidados.</p>
Objetivos	Revelar a pretensão da UCP, no que diz respeito à prestação de cuidados paliativos.
Estratégias	Definição da Missão, Valores e Visão da UCP, no que diz respeito à prestação de cuidados paliativos.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Membros da Direção do CCD.
Avaliação	Compromisso assistencial definido.

APÊNDICE 5

Definição do Modelo de Cuidados para a Prestação de Cuidados Paliativos

Atividade N.º 4	
Ação	Definição do Modelo de Cuidados para a Prestação de Cuidados Paliativos
Fundamentação	<p>“Garantir a melhor qualidade de vida tanto para a pessoa em fim de vida como para seus familiares, postulam a qualidade do viver, em contraposição a uma quantidade do viver às custas do sofrimento, procuram dar suporte familiar, acompanhando-os no processo de luto após o óbito da pessoa doente (Cerqueira, 2010, p. 50). Este será o principal objetivo da intervenção em cuidados paliativos na UCP.</p> <p>Para isso é necessário que os cuidados que pretendemos prestar se enquadrem nos Cuidados Paliativos de Nível II que por serem cuidados paliativos prestados em unidades de internamento próprio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente os cuidados e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas. São multidisciplinares, com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, também incluem técnicos nas áreas sociais, psicológica e espiritual.</p> <p>Nesse contexto os modelos de intervenção deverão procurar sempre o alívio do sofrimento dos doentes e suas famílias, e constante promoção da melhoria da qualidade de vida.</p> <p>No que concerne aos objetivos terapêuticos, segundo Sancho (1994), estes vão sendo alterados à medida que a própria doença evolui, mediante o objetivo de cada opção terapêutica, sendo evidente um papel mais preponderante do tratamento do foro paliativo conforme a doença progride. Como tal, nesta fase os objetivos terapêuticos estão dirigidos para a promoção do conforto do doente/família.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos doentes admitidos na UCP; • Promover e implementar estratégias, em equipa multidisciplinar, ao doente/família, com a intenção de proporcionar bem-estar e qualidade de vida até à sua morte; • Estabelecer plano de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos destinados a proporcionar alívio da dor e outros sintomas do doente; • Elaborar e Implementar o PII (Apêndice 1) com vista a orientação e apoio adequado do doente/família, no decurso da fase paliativa da doença; • Facultar ao Doente/família o plano de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, bem como o PII (Apêndice 1); • Proporcionar suporte no período de luto, após o falecimento do doente, através da aplicação do Procedimento de Intervenção no Luto (Apêndice 6); • Organizar e implementar medidas para prevenir os sintomas de exaustão no cuidador principal;

Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades de cuidados, com base na avaliação inicial efetuada nas primeiras 24 horas pela equipa multidisciplinar; • Elaboração do respetivo PII; • Nomeação do Gestor de Caso (Apêndice 40).
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem (%) de doentes com a primeira avaliação pela equipa multidisciplinar nas primeiras 24h após a admissão; • % de doentes com a realização da primeira conferência familiar nas primeiras 48h após a admissão na UCP; • N.º de reuniões semanais realizadas, em equipa multidisciplinar, para construção e otimização do PII; • % de doentes com recurso às escalas de avaliação; • % de doentes detentores do plano de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos; • % de doentes com o Guia de acolhimento da UCP • % aplicação do protocolo de intervenção no luto, cos casos de falecimento do utente; • % de doentes que avaliaram a sua satisfação em relação aos serviços prestados pela UCP; • Taxa de ocupação da UCP.

APÊNDICE 6

Elaboração do Procedimento de Intervenção no Luto

Atividade N.º 11	
Ação	Elaboração do Procedimento de Intervenção no Luto
Fundamentação	<p>“O luto é a maior crise que muitas pessoas terão jamais de enfrentar. O luto porém é um processo de transição. Ao fazer o seu luto, a pessoa adapta-se à perda e ao significado que essa perda tem na sua vida. Por outras palavras, a realidade de um evento externo é interiorizada” (Twycross, 2001, p. 62).</p> <p>O luto é uma experiência angustiante mas inevitável. É uma das maiores crises pessoais e familiares que as pessoas têm jamais de enfrentar. Não se trata de um sentimento isolado, mas de um conjunto complexo de sentimentos; não é apenas emocional, é também uma experiência física, intelectual, social e espiritual; não afeta apenas os sentimentos, mas também os pensamentos e o comportamento.</p> <p>É um processo pelo qual a família expressa as suas emoções e sentimentos pela perda da pessoa querida, influenciado por diversos fatores, originando diferentes tipos de reações perante a morte.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar o sofrimento psicológico e espiritual como necessidades de intervenção em cuidados paliativos; • Compreender o processo de perda e luto na família; • Motivar para o acompanhamento da família no processo de luto; • Minimizar as consequências negativas de todo processo; • Identificar as características do luto patológico.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do Procedimento de Intervenção no Luto, com posteriores momentos de reflexão em equipa multidisciplinar; • Enviar Carta de Condolências (Apêndice 53).
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Equipa Multidisciplinar da UCP;
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Competências adquiridas no momento formativo; • Partilha de experiências e reflexão após a implementação do procedimento. • % de cartas de condolências enviadas.

APÊNDICE 7

Constituição do Processo Individual do Doente

Atividade N.º 5	
Ação	Constituição do Processo Individual do Doente
Fundamentação	<p>O Processo Individual do Doente é indispensável à prestação de cuidados. É nele que se reúne toda a informação clínica e social desde o momento da admissão na unidade até à sua alta ou falecimento. É estruturado de acordo com as diretrizes emanadas pela ACSS, e pelo Centro Distrital do ISS, I.P. (CDISS) e a legislação aplicável e organizado de forma que permita a rápida e fácil consulta. Deverá ser atualizado permanentemente e constar a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação clara do seu autor e assinado ou rubricado. Nele devem constar registos de todas as áreas que constituem a equipe multidisciplinar.</p> <p>O processo pode ser consultado pelo doente e pelos seus familiares (nomeadamente o cuidador principal) ou representante legal nos termos da legislação aplicável.</p> <p>A Unidade assegura o seu arquivo em conformidade com a legislação vigente.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Ser iniciado pelo médico e enfermeiro no dia da admissão do doente na UCP todas as áreas profissionais de intervenção nas primeiras 24 horas após admissão do doente na UCP; • Ser iniciado pelas restantes áreas profissionais de intervenção nas primeiras 24 horas após admissão do doente na UCP; • Completar o preenchimento do Processo Individual do Doente na sua totalidade até à primeira reunião multidisciplinar; • Permitir anexar toda a documentação referente ao seu período de internamento num só processo; • Facultar ao doente/família/cuidador o processo para consulta sempre o mesmo o solicite; • Esclarecer o conteúdo do Processo Individual do Doente ao doente/família/cuidador o processo para consulta sempre o mesmo o solicite; • Promover a avaliação e reavaliação do Processo Individual do Doente sempre que se verifiquem alterações.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do Processo Individual do Doente; • Revisão do Processo Individual do Doente pelo Gestor de Caso.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando • Equipa multidisciplinar da UCP
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • % de doentes com o Processo Individual do Doente iniciado pelo médico e enfermeiro no dia da admissão do doente na UCP todas as áreas profissionais de intervenção nas primeiras 24 horas após admissão do doente na UCP; • % de doentes com o Processo Individual do Doente iniciado pelas restantes áreas profissionais de intervenção nas primeiras 24 horas após admissão do doente na UCP; • % de doentes com o processo completamente preenchido até à primeira reunião multidisciplinar; • Assegurar o arquivo do processo individual do doente, em conformidade com a legislação vigente.

APÊNDICE 8

Ficha de Identificação do Doente



FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Nome: _____ Nº Processo: _____

Nome por que gosta de ser tratado: _____

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: ____ anos

Documento de identificação: _____

Morada: _____ Código-Postal: _____ - _____

Nº Identificação Fiscal: _____

Nº Identificação Segurança Social: _____

Sub-Sistema de Saúde: _____ Nº: _____

Proveniência: _____

Data de admissão: __/__/____ Data provável de Alta: __/__/____

Nome do Médico de Família: _____ Contacto: _____

Identificação do Prestador de Cuidados/cuidador Principal: _____

Grau de Parentesco: _____ Doc. de Identificação: _____ Nº _____

Morada: _____ Código-Postal: _____ - _____

Contactos : _____

Diagnóstico de Necessidade de Cuidados Paliativos:

Gestor de Caso: _____ Categoria Profissional: _____

Observações:

Data: __/__/____ Assinatura Enfermeiro(a): _____

APÊNDICE 9

Nota de Entrada Clínica



NOTA DE ENTRADA CLÍNICA

Nome do doente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Data e Hora de Admissão: ____/____/____ Quarto: ____ Processo nº: _____

Proveniência: _____

Motivo de Admissão: _____

História Clínica: _____

Antecedentes: _____

Internamentos: _____

Cirurgias: _____

Alergias: _____

Medicação Habitual: _____

Exame objetivo á entrada: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do Médico: _____

APÊNDICE 10

Diário Clínico

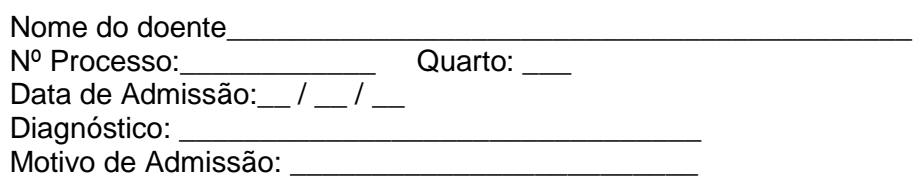


Nome do doente: _____
Processo nº: _____ Quarto: ____ Data de Admissão: ____ / ____ / ____
Diagnóstico: _____

Data	Diário Clínico

APÊNDICE 11

Plano Terapêutico

[illegible]

APÊNDICE 12

Avaliação Inicial de Enfermagem



AVALIAÇÃO INICIAL ENFERMAGEM

1. Identificação do Doente:

Nome do utente: _____ Idade: _____

Diagnóstico Principal de Admissão: _____

Motivo da Admissão: _____

Quarto: _____ N° Processo: _____

Data de Admissão: __ / __ / ____

2. Antecedentes:

3. Alergias:

4. Avaliação Antropométrica

Peso	Kg
Altura	Cm
Tensão arterial	mmHg
Pulso	bpm/min
Temperatura	°C
Frequência respiratória	c/min
Dor	
Glicemia capilar	mg/dl
SpO ₂	%

5. Médico de Referência: _____

6. Documentação Clínica na admissão:

Carta Médica
Carta de Enfermagem
Informação Psicossocial
TAI/Consentimento Informado
Outros

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

7. Avaliação Inicial de Enfermagem

SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS	
Desvio da comissura labial	
Ptose da língua	
Sensibilidade assimétrica	
Força muscular assimétrica	

LINGUAGEM/EXPRESSÃO	
Sem alterações	
Disartria	
Afasia expressão	
Afasia de compreensão	
Afasia global	
Outra	

AVALIAÇÃO DA CAVIDADE ORAL			
Língua	Normal		Placas brancas
Dentição	Completa		Incompleta
Próteses	Inferior		Superior

HÁBITOS DE RISCO				
Álcool	Sim		Não	
	Quantidade: _____		Abandonou : __ / __ / ____	
Tabaco	Sim		Não	
	N.º Cig./dia: _____		Abandonou : __ / __ / ____	
Outros consumos	Sim		Não	
	Especifique: _____			

CONHECIMENTO/PERCEPÇÃO	
Audição	Alterações: _____
Visão	Alterações: _____

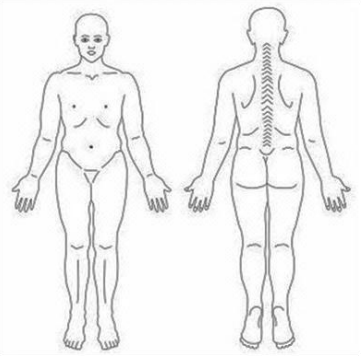
HÁBITOS DE SONO	
N.º Horas / Dia	Alterações: _____
Medicação: _____	

ELIMINAÇÃO	
Intestinal	Data Da Última Dejecção: __ / __ / ____
	Número de Dejecções/Dia: _____
	Alterações: _____
	Colostomia: _____
Vesical	Padrão normal: _____
	Alterações: _____

DISPOSITIVOS	Tipo/N.º	Substituir a:
Sonda Nasogástrica		
Sonda Vesical		
Outros		

RESPIRAÇÃO		PELE E MUCOSAS	
Eupneico		Pele Hidratada	
Dispneico		Pele desidratada	
Polipneico		Pele Cianosada	
Tosse Produtiva		Edemas	
Tosse _____		Mucosas Coradas	
Secreções _____		Mucosas pálidas	
Quantidade _____		RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO	
Oxigenoterapia por _____ a ____ L/min		Escala de Braden	
Traqueostomia: _____			

MOBILIDADE							
Independente							
Ajuda Parcial							
Ajuda Total							
Hemiparésia	Dta.		Esq.		Paraparésia	Dta.	Esq.
Hemiplégia	Dta.		Esq.		Paraplegia	Dta.	Esq.
Tetraparésia					Tetraplegia		
Acamado							
Levante							
Deambula							
Com ajuda		Técnicas _____					Terceiros
Sem ajuda							

ALTERAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA		
	Características das lesões:	
	1. _____	
	2. _____	
	3. _____	
	4. _____	
	5. _____	
	6. _____	
	Observações:	

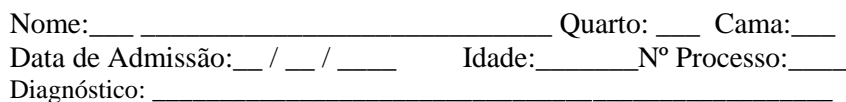
Observações:

Data: __/__/____

Assinatura Enfermeiro(a): _____




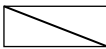
APÊNDICE 13

Registos Enfermagem



Data										
Turno		Noite	Manhã	Tarde	Noite	Manhã	Tarde	Noite	Manhã	Tarde
Estado de Consciência	Consciente									
	Vígil									
	Orientado									
	Confuso									
	Prostrado									
	Agitado									
Sinais Vitais	Temperatura (°C)									
	T.A. (mmHg)									
	Pulso (bpm)									
	Dor	Sem dor								
		Local								
Escala										
Respiração	Eupneico									
	Dispneico									
	Polipneico									
	Tosse									
	Secreções	Características								
		Aspiração								
Glicemia	Glicemia Capilar (mg/dl)									
	Insulina	SOS								
		Esquema								
Colaboração	Colaborante									
	Pouco Colaborante									
	Colabora deficiente/									
	Não colaborante									
Cuidados de Higiene	Banho (Local)									
	Ajuda (Total ou Parcial)									
	Unhas cortadas									
	Barba									
	Cabelo									
Mobilidade / Levante	Auto- Posiciona-se									
	Posicionado / Massajado									
	Levante									
	Transferência									
	Deambula c/ ajuda									
	Deambula s/ ajuda									
Pele e Mucosas	Integra									
	Hidratada / Desidratada/ Cianosada / Edema / Pálida / Ruborizada / Macerada									

Data:																						
Turno:		Noite	Manhã			Tarde			Noite	Manhã			Tarde			Noite	Manhã			Tarde		
Alimentação	Auto Alimentou-se																					
	Alimentado oralmente																					
	Alimentado por SNG																					
	Alimentado por PEG																					
	Não Alimentado																					
	Metade da dieta																					
	Totalidade da dieta																					
	Tolerou																					
	Vômito	Alimentar																				
		Biliar																				
	Disfagia	p/ Líquidos																				
		p/ Sólidos																				
Hidratado																						
Eliminação Vesical	WC																					
	Fralda																					
	Urinol																					
	Arrastadeira																					
	Algaliado																					
	Diurese																					
Eliminação Intestinal	WC																					
	Fralda																					
	Arrastadeira																					
	Colostomia																					
	Nº de dejeções																					
	Consistência																					
	Cor																					
	Sem dejeção																					
Trocar Dispositivos	Algália																					
	SNG																					
	Traqueostomia																					
Reparação / Sono																						
Pensos /Tratamentos																						
Notas de Enfermagem																						
Plano de Cuidados	Cumprido																					
	Actualizado																					
Assinatura Enfermeiro(a)																						

Legenda: S – Sim |  Não |  - Aumentado |  - Diminuído | X- Presente |  -Não se aplica

CR: Cadeira Rodas | AND : Andarilho | CAN : Canadianas | OT: Outrém

APÊNDICE 14

Notas de Evolução de Enfermagem



Nome do Doente: _____
Processo nº : _____ Quarto: _____
Data de Admissão: __ / __ / ____ Idade: _____
Diagnóstico: _____
Motivo da Admissão: _____

Data/ Turno	Notas de Evolução de Enfermagem

APÊNDICE 15

Registo Tratamento de Feridas

REGISTO DE TRATAMIENTO DE FERIDAS

[illegible]

APÊNDICE 16

Folha de Registo de Terapêutica
“Cardex”



Nome do doente: _____ Nº Processo: _____ Data de Admissão: __ / __ / ____ Quarto: __
Diagnóstico: _____ Motivo de Admissão: _____

[illegible]

APÊNDICE 17

Registo de Quedas



REGISTO DE QUEDAS

Nome do doente:	Data: ____/____/____
Admissão:	Preenchido por:
AP:	

Queda

Hora: ____:____
Local da queda:
Acompanhado: Não ____ Sim ____ ; se sim, por quem:
Administração de Psicofármacos: Não ____ Sim ____ Quais: (fármaco/ dosagem/ hora de administração)
Doente com restrição física antes da queda: Não ____ Sim ____ Quais:
Score da escala de Morse:

Causas da Queda

A / B / C - Especifique:

Lesão Após-Queda

Não	Sim	Gravidade da lesão: 1 / 2 / 3
-----	-----	-------------------------------

Data: ____/____/____	Preenchido por:
----------------------	-----------------



REGISTO DE QUEDAS

Instruções de preenchimento:

A - Fatores relacionados com o estado de saúde da doente / toma de medicação / idade

B - Fatores ambientais

C - Outras causas

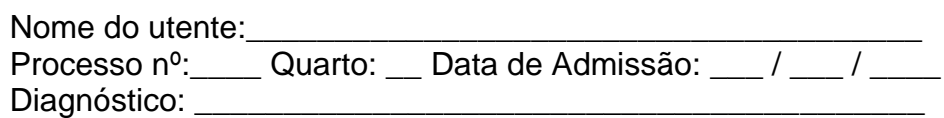
1 - Lesões que necessitam de observação/intervenção de Enfermagem (entorses, escoriações, lacerações e/ou hematomas)

2 - Lesões que necessitam de observação médica e de Métodos Complementares de Diagnóstico (ex.: Rx, TAC)

3 - Lesões que necessitem de observação médica e tratamento (ex.: gesso, cirurgia)

APÊNDICE 18

Avaliação de Fisiatria



Data	Fisiatria – Prescrição/Registos

APÊNDICE 19

Avaliação de Fisioterapia

FICHA DE AVALIAÇÃO

FISIOTERAPIA

Data da avaliação: ____/____/____

Fisioterapeuta: _____

Diagnóstico: _____

Principal Problema / Queixa do Doente: _____

Exame Físico	
Estado de Consciência:	
Admissão: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Obnubilado(sonolento+desorientado) <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma	
Alta: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Obnubilado(sonolento+desorientado) <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma	
Estado afetivo:	
Admissão: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Exaltado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Instável	
Alta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Exaltado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Instável	
Estado Mental:	
Admissão: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____	
Alta: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____	
Dor:	
Admissão: <input type="checkbox"/> Profunda/Irritante <input type="checkbox"/> Maçadora <input type="checkbox"/> Ardência/Pressão <input type="checkbox"/> Aguda/Lancinante	
<input type="checkbox"/> Aguda/Semelhante a choque <input type="checkbox"/> Palpitação/Dor difusa	
Alta: <input type="checkbox"/> Profunda/Irritante <input type="checkbox"/> Maçadora <input type="checkbox"/> Ardência/Pressão <input type="checkbox"/> Aguda/Lancinante	
<input type="checkbox"/> Aguda/Semelhante a choque <input type="checkbox"/> Palpitação/Dor difusa	

Intensidade da dor	0	2	4	6	8	10
Admissão						
Alta						

Palpação/Inspeção

- **Contraturas Musculares:**

Admissão: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

Alta: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

- **Trofismo Muscular:**

Admissão: [] Normal [] Rígido [] Flácido [] Hipertrofia [] Hipotrofia [] Atrofia [] Pseudo-hipertrofia

Alta: [] Normal [] Rígido [] Flácido [] Hipertrofia [] Hipotrofia [] Atrofia [] Pseudo-hipertrofia

- **Edemas:**

Admissão: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

Alta: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

- **Gânglios aumentados:**

Admissão: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

Alta: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

- **Textura da pele**

Admissão: _____

Alta: _____

- **Cicatrizes:**

Admissão: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

Alta: [] sim [] Não Se sim Onde? _____

Força Muscular Global:

Legenda

Teste Fraco	0	Ausência de contração / Sem movimento
	1	Contração muscular sem movimento aparente do segmento
	2-	O segmento desloca-se a partir da posição neutra, através de metade da amplitude de teste
	2	O segmento desloca-se a partir da posição neutra, através de toda a amplitude de teste
Teste Forte	2+	O segmento desloca-se a partir da posição neutra, através de um terço da amplitude de teste
	3-	O segmento quase completa a totalidade da amplitude de teste
	3	O segmento completa a totalidade da amplitude de teste
	3+	Depois de completa a amplitude de teste, o segmento aguenta uma resistência mínima
	4-	Depois de completa a amplitude de teste, o segmento aguenta uma resistência entre a mínima e a moderada
	4	Depois de completa a amplitude de teste, o segmento aguenta uma resistência moderada
	4+	Depois de completa a amplitude de teste, o segmento aguenta uma resistência entre a moderada e a máxima
	5	Depois de completa a amplitude de teste, o segmento aguenta uma resistência máxima

Admissão: MSD _____
MSE _____
MID _____
MIE _____

Alta: MSD _____
MSE _____
MID _____
MIE _____

Nota: Em caso de patologia ortopédica especificar o grau de FM de cada segmento afetado

Amplitude de Movimento

Em Graus	MSD	MSE	MID	MIE
Admissão				
Alta				

Nota: Em caso de patologia ortopédica especificar os graus das ADM do segmento afetado

OBS:

Equilíbrio e Marcha: Escala de Equilíbrio e Marcha

Teste de Equilíbrio

(Instruções: Sujeito sentado em uma cadeira rígida, sem braços)

1) Equilíbrio sentado:	(0) Inclina-se ou desliza na cadeira (1) Estável, seguro
2) Levanta-se da cadeira:	(0) Incapaz sem ajuda (1) Capaz, usa membros superiores para auxiliar (2) Capaz sem usar membros superiores
3) Tentativas para se levantar:	(0) Incapaz sem ajuda (1) Capaz, requer mais de uma tentativa (2) Capaz de se levantar, uma tentativa
4) Equilíbrio de pé imediato (primeiros 5 segundos)	(0) Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) (1) Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha (2) Estável sem dispositivo de auxílio
5) Equilíbrio de pé:	(0) Instável (1) Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares > 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio (2) Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
6) Desequilíbrio no esterno (sujeito na posição de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra suavemente o sujeito na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas:	(0) Começa a cair (1) Cambaleia, se agarra e se segura em si mesmo (2) Estável
7) Olhos fechados:	(0) Instável (1) Estável
8) Girar 360°:	(0) Instabilidade (se agarra, cambaleia) (1) Passos descontínuos (2) Continuidade
9) Sentar-se:	(0) Inseguro (não avalia bem a distância, cai na cadeira) (1) Usa os braços ou não tem movimentos suaves (2) Seguro, movimentos suave
Score de equilíbrio:	_____/16

Teste de Marcha

(Instruções: Sujeito de pé com o examinador, caminha num corredor ou na sala, primeiro no seu ritmo usual e, em seguida, rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais):

1) Iniciação da marcha:	(0) Imediato e após o comando Vá (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) (1) Sem hesitação
2) Comprimento e altura do passo:	a) Perna D em balanço: (0) Não passa o membro E (1) Passa o membro E (0) Pé D não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé D se afasta completamente do solo b) Perna E em balanço (0) Não passa o membro D (1) Passa o membro D (0) Pé E não se afasta completamente do solo com o passo (1) Pé E se afasta completamente do solo
3) Simetria do passo:	(0) Passos D e E desiguais (1) Passos D e E parecem iguais
4) Continuidade do passo:	(0) Parada ou descontinuidade entre os passos (1) Passos parecem contínuos
5) Desvio da linha reta (distância aproximada de 3 m X 30 cm):	(0) Desvio marcado (1) Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha (2) Caminha em linha reta sem dispositivo de auxílio
6) Tronco:	(0) Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (1) Sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (2) Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha
7) Base de apoio:	(0) Calcanhares afastados (1) Calcanhares quase se tocando durante a marcha
Score de marcha:	_____/12
Score Total	_____/28

Score de Equilíbrio:

Score de Marcha:

Score Total:

Admissão: ____/16

Admissão: ____/12

Admissão: ____/28

Alta: ____/16

Alta: ____/12

Alta: ____/28

Coordenação Motora

Admissão

Hemicorpo Direito:

- [] Preensão grossa [] Preensão média
[] Pinça fina [] Oponência polegar-indicador
[] Indicador-nariz [] Indicador-orelha
[] Movimentos alternados [] Pé Joelho oposto

Hemicorpo Esquerdo:

- [] Preensão grossa [] Preensão média
[] Pinça fina [] Oponência polegar-indicador
[] Indicador-nariz [] Indicador-orelha
[] Movimentos alternados [] Pé Joelho oposto

Alta:

Hemicorpo Direito:

- [] Preensão grossa [] Preensão média
[] Pinça fina [] Oponência polegar-indicador
[] Indicador-nariz [] Indicador-orelha
[] Movimentos alternados [] Pé Joelho oposto

Hemicorpo Esquerdo:

- [] Preensão grossa [] Preensão média
[] Pinça fina [] Oponência polegar-indicador
[] Indicador-nariz [] Indicador-orelha
[] Movimentos alternados [] Pé Joelho oposto

Evolução da Capacidade Funcional: Escala de Rankin Modificada

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Sem sintomas
1	Nenhuma incapacidade significativa , a despeito dos sintomas; capaz de conduzir todos os deveres e actividades habituais
2	Leve incapacidade ; incapaz de realizar todas as actividades prévias, porém é independente para os cuidados pessoais
3	Incapacidade moderada ; requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andarilho)
4	Incapacidade moderadamente severa ; incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave ; confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

Score na Admissão: ____/6

Score na Alta: ____/6

Sintomatologia Córdio-Respiratória:**Dispneia: Escala Modificada de Borg:**

Score na Admissão: ____/10

Score na Alta: ____/10

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouco intensa
5 e 6	Intensa
7 e 8	Muito Intensa
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Tosse:Admissão: ☐ Não ☐ Sim ☐ Produtiva ☐ Não produtiva**Cianose:**Admissão: ☐ Não ☐ SimAlta: ☐ Não ☐ Sim**Secreções:**Admissão: ☐ Não ☐ SimAlta: ☐ Não ☐ Sim**Morfologia do Tórax:**

☐ Normal ☐ Assimétrico ☐ Ampulheta ☐ Escoliótico ☐ Cifótico ☐ Cifoescoliótico ☐ Tonel ou Barril
☐ Quilha ou Peito de Pombo ☐ Cónico ou em Sino ☐ Achatado ou Plano ☐ Excavatum ou Carinado

Frequência Respiratória (ciclos por minuto):Admissão: ☐ Eupneico (12 a 20) ☐ Taquipneico (>20) ☐ Bradipneico (<12)Alta: ☐ Eupneico (12 a 20) ☐ Taquipneico (>20) ☐ Bradipneico (<12)**Ritmo Respiratório:**Admissão: ☐ Regular ☐ IrregularAlta: ☐ Regular ☐ Irregular**Padrão Ventilatório:**Admissão: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Costal Superior ☐ Costal Inferior ☐ Abdómino-DiafragmáticoAlta: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Costal Superior ☐ Costal Inferior ☐ Abdómino-Diafragmático

APÊNDICE 20

Registos Fisioterapia



Nome do utente: _____
Processo nº: _____ Quarto: ____ Data de Admissão: ____ / ____ / ____
Diagnóstico: _____

Data	Fisioterapia - Registos

APÊNDICE 21

Avaliação Social



PROCESSO SOCIAL

DADOS PESSOAIS DO DOENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Anos Estado Civil: _____
Morada: _____
Nº/Lote: _____ Andar: _____ Código Postal: _____
Localidade: _____
Profissão: _____ Profissão Anterior: _____
Habilitações Literárias: _____ Contactos: _____
Nº Identificação: _____ NIF: _____ NISS: _____
Cartão de Utente nº _____ Subsistema de Saúde _____

ADMISSÃO NA UNIDADE

Proveniência do utente: _____ ECL: _____
Data de admissão na unidade: ____/____/____ Data Prevista de Alta: ____/____/____
Quarto Nº _____ Hora da Admissão: ____ h ____ min.
Motivo do Internamento: _____
Centro de Saúde Inscrito: _____ TSSS: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL (Quando necessário e aplicável)

Nome: _____ Relação com o utente: _____
Morada: _____ n.º / Lote: _____ Andar: _____ C.P.: _____ - _____
Nº Identificação: _____ Estado Civil: _____ Contacto (s): _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Profissão: _____
Situação na Profissão: _____ Habilitações Literárias: _____

INQUÉRITO SOCIAL NA ADMISSÃO:

1) Caracterização do Agregado Familiar

Família Nuclear ☐ Família Acolhimento ☐ Sozinho ☐ Nº Elementos Agregado Familiar: _____
Institucionalizado ☐ Onde: _____ Há quanto tempo: _____
Outro ☐ Qual: _____

Elementos do Agregado Familiar

Nome	G. Parentesco	Idade	Estado Civil	Situação Profissional	Contacto

2) Prestador de Cuidados

Família ☐ Grau de Parentesco: _____
Vizinhos ☐ Contacto: _____
Empregada Doméstica ☐ _____
Outro: ☐ Qual? _____

Descrição do Cuidador Responsável: _____

Apoio e Retaguarda Familiar: _____

3) Ajudas Técnicas

Cama Articulada	<input type="checkbox"/>	Canadianas	<input type="checkbox"/>
Cadeira Rodas	<input type="checkbox"/>	Andarilho	<input type="checkbox"/>
Colchão Anti-Escaras	<input type="checkbox"/>	Cadeira Sanitária	<input type="checkbox"/>
Oxigénio/Nebulizador/Aspirador de Secreções	<input type="checkbox"/>	Bengala	<input type="checkbox"/>

Outro: Qual? _____

Proveniência das Ajudas Técnicas:

Segurança Social ☐ Centro de Saúde ☐ Próprio ☐ Outro ☐ _____

4) Benefícios Sociais

Necessita de algum apoio de proteção social? Sim ☐ Não ☐

Qual: _____ Proposto pela Família ☐ Proposto por TSSS ☐

5) Serviço de Apoio Domiciliário: Sim ☐ Não ☐

Alimentação ☐

Higiene Pessoal ☐ Frequência: _____

Tratamento de Roupa ☐ Frequência: _____

Higiene Habitacional ☐

6) Frequência em Centro de Dia: Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

Outra Resposta Social ☐ Qual? _____

7) Situação Habitacional

7.1) Tipo de Habitação:

Casa ☐ Apartamento ☐ Habitação Social ☐ Casebre ☐ Outro ☐ Tipologia: _____

Especificar: _____

7.2) Regime de Ocupação:

Vive com Família ☐ Cedida ☐ Arrendada ☐ Própria ☐ Outra ☐ Especifique: _____

Valor Mensal: _____ €

7.3) Condições de Habitabilidade:

- Eletricidade	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	- Gás	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Saneamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	- Casa de Banho	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
- Cozinha	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	- Poliban	<input type="checkbox"/> Banheira <input type="checkbox"/>
		- Se Sim: Interior	<input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/>

7.4) Acessibilidade:

Acesso Fácil ☐ Acesso Difícil ☐ Especifique: _____

Elevador: Sim ☐ Não ☐

7.5) Barreiras Arquitetónicas:

Escadas: Sim ☐ Não ☐ Largura de portas: Suficiente ☐ Insuficiente ☐

Outras: _____

7.6) Implantação da Habitação

Rural ☐ Urbano ☐

8) Situação Económica

Proveniência dos Rendimentos:

Trabalho ☐ Reforma ☐ Outra Prestação Social ☐ _____

Valor Mensal: _____ €

9) Lazer

Interesses e Gostos: _____

Passa muito tempo sozinho? Sim ☐ Não ☐ Nº Horas: _____

10) Expetativas face ao Internamento**11) Descrição do Doente****Comunicação:** Sim _____ Não: _____ **Deambulação:** Sim _____ Não: _____ Apoio: _____**Orientação:** Sim _____ Não: _____ **Grau de Dependência:** _____**Observações:** _____

INFORMAÇÕES DADAS NA ADMISSÃO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOLICITADAS AO SERVIÇO SOCIAL

O Cuidador Responsável: _____

A Assistente Social: _____

Data: / /

AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL

SITUAÇÃO HABITACIONAL:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

NECESSIDADES DETETADAS E APRESENTADAS AO SERVIÇO SOCIAL:

O Serviço Social, após avaliação social, considerou necessário:

DILIGÊNCIAS EFETUADAS:

ACOMPANHAMENTO E VISITAS AO DOENTE

O Serviço Social detetou:

- ☐ Detetado por verificação “*in loco*” e pelo Registo Diário de Visitas

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Foram aplicadas a (s) seguinte (s) Escala (s): Gijón ☐ _____ Graffard ☐ _____ QVI ☐ _____

Pelo que se denotou importante

Data: / / A Assistente Social: _____

ACORDO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

Nome do Utente: _____

1) Ações Sociais (Respostas/Benefícios Sociais, etc.):

2) Ajudas Técnicas:

3) Data Prevista de Alta: _____

4) Nº Dias de Internamento: _____

5) Transporte na Alta:

- ☐ Assegurado pela Família/Cuidador Responsável
- ☐ Assegurar Marcação

6) Horário do Cuidador: 9h às 20h

7) Horário das Visitas: 15h às 19h

8) Destino Pós-Alta

Confirmo que foram prestadas as informações acima transcritas e comprometo-me a operacionalizar as respostas para a Alta:

Assinatura do Cuidador Responsável: _____

Assistente Social: _____

Data: / /

PLANO DE ALTA SOCIAL

AVALIAÇÃO SOCIAL

1) Avaliação Social na Alta

2) Motivo da Alta do Utente:

- ☐ Obtenção dos objetivos terapêuticos
- ☐ Agudização
- ☐ Transferência
- ☐ Óbito
- ☐ Alta voluntária (a pedido)
- ☐ Outros: _____

3) Destino do Utente:

- ☐ Domicílio sem indicação de cuidados domiciliários
- ☐ Domicílio com indicação de cuidados domiciliários
- ☐ Domicílio com indicação de Unidade de Dia
- ☐ Lar de Idosos
- ☐ Família de Acolhimento
- ☐ Residência
- ☐ Hospital
- ☐ Unidade de Média Duração e Reabilitação
- ☐ Unidade de Longa Duração e Manutenção
- ☐ Outro: _____

4) Atitude do Doente face à Alta

- ☐ Aumento das queixas após conhecimento da Alta
- ☐ Insegurança de cuidados no domicílio
- ☐ Perda de capacidades
- ☐ Aceitação da Alta
- ☐ Observações _____

5) Atitude do Cuidador face à Alta

- ☐ Família pede adiamento da Alta
- ☐ Família recusa a Alta
- ☐ Família com receio de enfrentar a incapacidade do doente
- ☐ Aceitação da Alta
- ☐ Observações _____

6) Apoios Necessários:

Assistente Social: _____

Data da Alta: ____/____/____

APÊNDICE 22

Tomada de Conhecimento - Admissão



Tomada de Conhecimento

No ato de admissão/acolhimento do doente, _____ na UCP do Centro Comunitário de Darque foram transmitidas as seguintes informações ao utente/responsável do utente:	
AÇÕES	Tomei Conhecimento
Regras gerais de funcionamento da UCP	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Constituição da equipa de profissionais na UCP	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Cuidados e serviços prestados pela UCP	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Direitos, garantias e deveres do/a doente e cuidadores informais/familiares	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Procedimento para apresentação de sugestões e reclamações	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Horário de visitas e registo diário de visitas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Apresentação das instalações e visita pela UCP	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Entrega do Guia de Acolhimento e explicação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explicar o conteúdo do Regulamento Interno da UCP e informar da sua disponibilização para consulta	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Eu, _____ (utente) e _____ (responsável do doente) tomei/tomamos conhecimento das informações/ações acima mencionadas e apresentadas pela Técnica Superior de Serviço Social em ____/____/____.	
Assinatura do Doente _____	Assinatura do Responsável do Doente _____
A Técnica Superior de Serviço Social _____	

APÊNDICE 23

Termo de Responsabilidade



Termo de Responsabilidade

1. Tratamento de Roupas

Opto por lavar gratuitamente a roupa na Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Comunitário de Darque, devidamente identificada: Sim ☐ Não ☐

Opto por lavar a roupa do utente no domicílio: Sim ☐ Não ☐

2. Consentimento Informado

Eu, _____ utente/cuidador responsável do doente _____ declaro que autorizo a ser fotografado, filmado ou gravado no decorrer das atividades desenvolvidas na UCP.

3. Espólio

Declaro (cuidador/utente) que me responsabilizo pelos objetos pessoais, de valor e vestuário durante a permanência na UCP.

4. Cuidador na Alta

Eu _____ declaro para os devidos efeitos que assumo perante a Técnica Superior de Serviço Social ser cuidador (a) de _____ e que me responsabilizo no momento da alta pela continuação dos cuidados básicos e instrumentais da vida diária, de forma a garantir a segurança e a qualidade de vida ao/à utente.

Viana do Castelo, ____/____/____

Assinatura do Cuidador/Familiar Responsável/Utente



Termo de Responsabilidade

1. Tratamento de Roupas

Opto por lavar gratuitamente a roupa na Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Comunitário de Darque, devidamente identificada: Sim ☐ Não ☐

Opto por lavar a roupa do utente no domicílio: Sim ☐ Não ☐

2. Consentimento Informado

Eu, _____ utente/cuidador responsável do doente _____ declaro que autorizo a ser fotografado, filmado ou gravado no decorrer das atividades desenvolvidas na UCP.

3. Espólio

Declaro (cuidador/utente) que me responsabilizo pelos objetos pessoais, de valor e vestuário durante a permanência na UCP.

4. Cuidador na Alta

Eu _____ declaro para os devidos efeitos que assumo perante a Técnica Superior de Serviço Social ser cuidador (a) de _____ e que me responsabilizo no momento da alta pela continuação dos cuidados básicos e instrumentais da vida diária, de forma a garantir a segurança e a qualidade de vida ao/à utente.

Viana do Castelo, ____/____/____

Assinatura do Cuidador/Familiar Responsável/Utente

APÊNDICE 24

Registos Serviço Social



Nome do doente: _____
Processo nº: _____ Quarto: ____ Data de Admissão: ____ / ____ / ____
Diagnóstico: _____

Data	Assistente Social - Registos

APÊNDICE 25

Mini Mental Examination



MINI MENTAL EXAMINATION (MMSE)

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adaptado por Guerreiro, Botelho & Leitão, 1994 e Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009)

Nome do doente: _____

Processo nº: _____ Quarto: _____ Data de Admissão: ____ / ____ / ____

Diagnóstico: _____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- 1.1. Em que ano estamos? _____
- 1.2. Em que mês estamos? _____
- 1.3. Em que dia do mês estamos? _____
- 1.4. Em que dia da semana estamos? _____
- 1.5. Em que estação do ano estamos? _____
- 1.6. Em que país estamos? _____
- 1.7. Em que distrito vive? _____
- 1.8. Em que terra vive? _____
- 1.9. Em que casa estamos? _____
- 1.10. Em que andar estamos? _____

Pontuação: ____/10

2. Retenção (1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse; procure ficar a sabê-las de cor.

- 2.1. Pêra _____ 2.2. Gato _____ 2.3. Bola _____

Pontuação: ____/3

3. Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 erradas.)

27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Pontuação: ____/5



MINI MENTAL EXAMINATION (MMSE)

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

Veja se consegue dizer as 3 palavras que lhe pedi à pouco para decorar.

4.1. Pêra _____ 4.2. Gato _____ 4.3. Bola _____

Pontuação: ____/3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

5.1. Como se chama isto? (Mostrar objectos)

Relógio _____ Lápis _____

Pontuação: ____/2

5.2. Repita a frase que eu vou dizer: “O rato roeu a rolha”.

Deve repetir apenas a frase que o avaliador disse.

Pontuação: ____/1

5.3. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a a meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega na mão direita _____

Dobra a meio _____

Coloca onde deve _____

Pontuação: ____/3

5.4. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”.

Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto, lê-se a frase e pede-se para que a pessoa faça o que disse.

Fechou os olhos _____

Pontuação: ____/1

5.5. Escreva uma frase aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

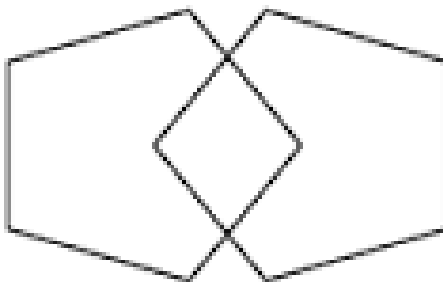
Pontuação: ____/1

MINI MENTAL EXAMINATION (MMSE)

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

6. Habilidade Construtiva (1 ponto por cada cópia correta)

Está a ver este desenho, gostaria que aqui ao lado, fizesse um desenho igual.



Pontuação: ____/1

Utente: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE 26

Anamnese Psicológica



Psicologia

ANAMNESE PSICOLÓGICA

1. Dados Biográficos:

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Naturalidade: _____

2. Motivo do internamento:

3. Queixa principal:

3.1. Início da queixa:

3.2. Quais as mudanças que ocorreram / o que afectou, o que deixou de fazer?

3.3. Sintomas:



Psicologia

3.4. Queixas Secundárias:

4. Como se sente ao nível emocional, psicológico?

5. Como é que o seu problema afecta os outros que o rodeiam: o que é que eles dizem, pensam, como se sentem em relação ao problema?

6. Que atividades lhe proporcionam maior prazer?

7. Composição familiar:

8. Dinâmicas familiares (relacionamentos):

9. Padrão de sono (a que horas adormece, a que horas acorda, sestas)



Psicologia

10. Eventos significativos:

11. Rede de apoio:

12. História Social

○ Vida Social:

○ Hábitos de Lazer:

○ Inserção em grupos:

13. O que acha de si?

14. O que acha que os outros acham de si?

15. Como gostaria de ser?

16. Objectivos de vida:

Data: _____ A Psicóloga _____

APÊNDICE 27

Registos Psicologia



Nome do doente: _____
Processo nº: _____ Quarto: ____ Data de Admissão: ____ / ____ / ____
Diagnóstico: _____

Data	Psicólogo - Registos

APÊNDICE 28

Avaliação Nutricional Inicial



AVALIAÇÃO NUTRICIONAL INICIAL

Data Admissão

____/____/____

Data Avaliação

____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

Nome

Unidade: _____ Quarto: _____ Cama: _____

Sexo

Fem. ☐ Masc. ☐

Idade

Data Nasc.

____/____/____

HISTÓRIA CLÍNICA

Diagnóstico: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Factores de risco:

Alergias/Intolerâncias Alimentares _____

Úlceras de pressão _____ Disfagia _____

Desnutrição _____ Anorexia _____

Vômitos _____ Diarreia _____

Falta de apetite _____ Outros _____

Trânsito Intestinal: ☐ Regular ☐ Obstipado ☐ Diarreia

Estado de Hidratação: _____

Glicemias: _____ T.A/Pulso: _____

Estado físico: _____

SUPORTE NUTRICIONAL ACTUAL

Via da Alimentação

Consistência da Alimentação

Tipo da Alimentação

Via Oral: _____
Nutrição Entérica: _____
Nutrição Parentérica: _____Normal: _____
Pastosa: _____
Mole: _____
Semilíquida: _____
Líquida: _____Geral: _____
Ligeira: _____
Diabética: _____
Hipossalina: _____
Hipo/hiperlipídica: _____
Hipo/hipercalórica: _____
Hipo/hiperproteica: _____
Outra: _____

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

Proteico:

N. Energéticas (kcal):

Calórico:

Hidratos de Carbono (%):

Fibra:

Lípidos (%):

Espessante:

Proteínas (%):

Outro:

N. Hídricas (ml):

RECOMENDAÇÕES ALIMENTARES

Alimentos que não gosta: _____

Preferências alimentares: _____

Observações: _____

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso habitual (Kg): _____ (medido/referido/processo/estimado)

Peso actual (Kg): _____ (medido/referido/processo/estimado)

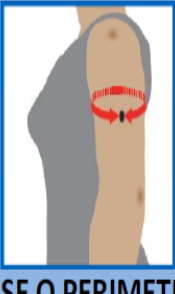

PP (%): _____

Peso de referência (Kg): _____

Estatura (m): _____ / Comprimento do braço (cm): _____

IMC (Kg/m²): _____ Classificação: _____

Perímetro braquial (cm): _____

SE O PERIMETRO BRAÇO<23,5CM ⇒IMC<20KG/M ²																			
	MUST		HEIGHT (m)	Men(<65years)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	
			Men(>65years)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67		
			Ulna length(cm)	32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5		
			HEIGHT (m)	Women(<65years)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66	
				Women(>65years)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63	
SE O PERIMETRO BRAÇO>32CM ⇒IMC>30KG/M ²																			
				HEIGHT (m)	Men(<65years)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
				Men(>65years)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45	
				Ulna length(cm)	25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5	
				HEIGHT (m)	Women(<65years)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
				Women(>65years)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40	

Avaliação do estado nutricional segundo o MNA:

☐ Normal

☐ Em risco de desnutrição

☐ Desnutrido

Avaliação Nutricional: _____

Plano Alimentar Recomendado:

APÊNDICE 29

Reavaliação Nutricional

REAValiação NUTRICIONAL

Doente: _____

Quarto: _____ Cama: _____

Data Reavaliação: ____/____/____

Motivo: _____

Factores de risco:

Alergias/Intolerâncias Alimentares _____

Úlceras de pressão _____ Disfagia _____

Desnutrição _____ Anorexia _____

Vómitos _____ Diarreia _____

Falta de apetite _____ Outros _____

Trânsito Intestinal: ☐ Regular ☐ Obstipado ☐ Diarreia

Estado de Hidratação: _____

Glicemias: _____ T.A/Pulso: _____

Estado físico: _____

SUPORTE NUTRICIONAL ACTUAL		
Via da Alimentação	Consistência da Alimentação	Tipo da Alimentação
Via Oral: _____ Nutrição Entérica: _____ Nutrição Parentérica: _____	Normal: _____ Pastosa: _____ Mole: _____ Semilíquida: _____ Líquida: _____	Geral: _____ Ligeira: _____ Diabética: _____ Hipossalina: _____ Hipo/hiperlipídica: _____ Hipo/hipercalórica: _____ Hipo/hiperproteica: _____ Outra: _____
SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL		NECESSIDADES NUTRICIONAIS
Proteico:		N. Energéticas (kcal):
Calórico:		Hidratos de Carbono (%):
Fibra:		Lípidos (%):
Espessante:		Proteínas (%):
Outro:		N. Hídricas (ml):
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA		

Peso habitual (Kg): _____

Peso actual (Kg): _____ (medido/referido/processo/estimado)

PP (%): _____

Peso de referência (Kg): _____

Estatura (m): _____ Cumprimento do braço (cm): _____

IMC (Kg/m²): _____ Perímetro braquial (cm): _____

- Perda involuntária de 5% em 30 dias ou 10% em 180 dias ☐
- Mais de 25% de comida no prato em 2/3 refeições, por um período de observação de 7 dias ☐

Avaliação do estado nutricional segundo o MNA:

☐ Normal

☐ Em risco de desnutrição

☐ Desnutrido

Avaliação: _____

APÊNDICE 30

Avaliação de Necessidades



FICHA DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE			
Nome: _____		Quarto: _____	Data de Internamento: ____/____/____
Data de nascimento: ____/____/____	Estado civil: _____	Habilitações literárias: _____	Profissão exercida: _____
2. ESTADO GERAL DO DOENTE			
Evidência de dificuldades: Locomoção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Comunicação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alimentação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Raciocínio lógico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Ajudas técnicas: Canianas: <input type="checkbox"/> Andarilho: <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas: <input type="checkbox"/> Bengala: <input type="checkbox"/>			
3. SOCIABILIDADE			
Convive/Socializa com outros utentes: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dialoga: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Isola-se: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Participa em atividades: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
4. AVALIAÇÃO DOS GOSTOS E INTERESSES			
Anotações: _____ _____ _____			
5. INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR			
Anotações: _____ _____ _____			

Data: ____/____/____

A Técnica de Animação: _____

APÊNDICE 31

Planificação Semanal das Atividades

PLANIFICAÇÃO SEMANAL DAS ATIVIDADES

Planificação Semanal:		De: ____/____/____ a ____/____/____				
A Animadora Sociocultural:				A Assistente Social:		
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Período da Manhã – Atividades a desenvolver						
10h – Visita aos quartos 10h30 - Estimulação através da música/ Visualização de TV 11h00 – Estimulação Sensorial 12h00 - Almoço	10h – Visita aos quartos 10h30 - Estimulação através da música/ Visualização de TV 11h00 – Jogos para a concentração 12h00 - Almoço	10h – Visita aos quartos 10h30 - Estimulação através da música/ Visualização de TV 11h00 – Jogo de Booling 12h00 - Almoço	10h – Visita aos quartos 10h30 - Estimulação através da música/ Visualização de TV 11h00 – Jogo de Tabuleiro 12h00 - Almoço	10h – Visita aos quartos 10h30 - Estimulação através da música/ Visualização de TV 11h00 – Estimulação Sensorial 12h00 - Almoço	Atividades livres; Visualização de T.V 12h00 - Almoço	Visualização da Eucaristia Dominical 12h00 - Almoço
Período da Tarde – Atividades a desenvolver						
14h30 – Jogos de Leitura 15h30 – Visita aos quartos 16h00 - Lanche	14h30 - Jogos de mesa 15h30 – Visita aos quartos 16h00 - Lanche	14h30 – jogos de concentração 15h30 – Visita aos quartos 16h00 - Lanche	14h30 – Jogos através da música 15h30 – Visita aos quartos 16h00 - Lanche	14h30 – jogos sensoriais 15h30 – Visita aos quartos 16h00 - Lanche	Tarde da família / Utentes	Tarde da família / Utentes

A planificação semanal poderá sofrer alterações.

APÊNDICE 32

Carta de Alta Multidisciplinar



Unidade de Cuidados Paliativos

CARTA DE ALTA MULTIDISCIPLINAR

Nome do Doente		Cuidador Principal	
Data Nascimento		Grau Parentesco	
Morada		Contacto	

Data de Admissão:	Proveniência:
Diagnóstico Principal:	Diagnóstico Secundário:

Data de Alta:	Destino:
Motivo da Alta:	

NOTA DE ALTA MÈDICA

História Clínica

--

Antecedentes

--

Medicação Habitual

--

Alergias

--

Exame objetivo à entrada

--

Evolução clínica nesta Unidade

--

Exame objetivo

--

Dispositivos presentes

--

Plano/Necessidades

--

Medicação efetuada

--



Unidade de Cuidados Paliativos

Medicação proposta
Observações
NOTA DE ALTA DE ENFERMAGEM
Cuidados de enfermagem
Observações
NOTA DE ALTA DE FISIATRIA
Avaliação
Observações
NOTA DE ALTA FISIOTERAPIA
Diagnóstico de alta
Observações
NOTA DE ALTA DE TERAPIA OCUPACIONAL
Avaliação
Observações
NOTA DE ALTA DE NUTRIÇÃO
Avaliação Antropométrica



Unidade de Cuidados Paliativos

Dieta Alimentar
Observações
NOTA DE ALTA DO SERVIÇO SOCIAL
Situação Habitacional
Diagnóstico Social
Diligências Efetuadas e Acompanhamento/Encaminhamento
NOTA DE ALTA DE PSICOLOGIA
Avaliação
Observações

Viana do Castelo, ____/____/____

A equipe técnica da Unidade de Cuidados Paliativos de Darque,

Diretor Técnico	
Medica	
Enfermeira	
Fisiatra	
Fisioterapeuta	
Terapeuta Ocupacional	
Nutricionista	
Assistente Social	
Psicóloga	

NOTA: Para qualquer tipo de esclarecimento, por favor contacte-nos:
Rua das Dálías nº 233, Cais Novo, Darque, 4935 - 132 Viana do Castelo.
Tlf.: 258 330 602/3 - Fax: 258 338 535
Email: centrocomunitariodarque@gmail.com

APÊNDICE 33

Validação da Alta pela ECL



INFORMAÇÃO DE ALTA DO DOENTE



A Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Comunitário de Darque informa que o doente _____, internado na Unidade de Média Duração e Reabilitação, tem alta prevista para dia ____/____/____.

Motivo da Alta:

Proposta de Reencaminhamento:

Atingidos os objetivos	<input type="checkbox"/>	Domicílio sem suporte	<input type="checkbox"/>
Transferência para proximidade	<input type="checkbox"/>	Domicílio com apoio familiar	<input type="checkbox"/>
Transferência para outra tipologia	<input type="checkbox"/>	Domicílio com apoio de SAD/Centro Dia	<input type="checkbox"/>
Alta a pedido	<input type="checkbox"/>	Família de acolhimento	<input type="checkbox"/>
Limite tempo de internamento	<input type="checkbox"/>	Estrutura Residencial para Idosos	<input type="checkbox"/>
Outro:	<input type="checkbox"/>	Outra resposta da rede (UCCI/ECCI/UCP)	<input type="checkbox"/>

Entregue ao Doente/Cuidador Principal a Carta de Alta Multidisciplinar com as seguintes informações:

Médica	<input type="checkbox"/>	Nutrição	<input type="checkbox"/>
Enfermagem	<input type="checkbox"/>	Serviço Social	<input type="checkbox"/>
Fisiatria	<input type="checkbox"/>	Psicologia	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>		

Data: ____/____/____

O Diretor Técnico:

A ECL do Vale do Lima e Coura

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Garantia de Continuidade de Cuidados: Sim ☐

Não ☐

APÊNDICE 34

Declaração de Autorização de Fim de Semana no Domicílio



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

Eu, _____, na qualidade de Médico desta Instituição, inscrito na OM como nº _____, declaro para os devidos efeitos que o Sr.(a) _____ internado(a) na Unidade de Cuidados Paliativos no quarto _____, se possa ausentar da Unidade por motivo de deslocação ao domicílio pelo(s) seguinte(s) período(s):

- entre as ____ h. ____ min. do dia ____/____/____ e as ____ h. ____ min. do dia ____/____/____,
- entre as ____ h. ____ min. do dia ____/____/____ e as ____ h. ____ min. do dia ____/____/____,
- entre as ____ h. ____ min. do dia ____/____/____ e as ____ h. ____ min. do dia ____/____/____,

Por ser verdade, dato e assino,

Viana do Castelo, ____/____/____

O Médico da UCP

APÊNDICE 35

Declaração de Autorização de Saída



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE SAÍDA

Eu, _____, na qualidade de Médico desta Instituição, inscrito na OM como nº _____, declaro para os devidos efeitos que o Sr.(a) _____ internado(a) na Unidade de Cuidados Paliativos no quarto _____, se possa ausentar da Unidade durante o dia de hoje pelo período compreendido entre as ____h__m e as ____h__.

Por ser verdade, dato e assino,

Viana do Castelo, ____/____/____

O Médico da UCP

APÊNDICE 36

Ensino ao Cuidador



TERMO DE RESPONSABILIDADE (Ensino ao Cuidador)

Declaro para os devidos efeitos e na qualidade de Cuidador Principal do Sr.(a) _____ que se encontra internado nesta Instituição na Unidade de Cuidados Paliativos, no quarto _____, que me foi feito ensino sobre os seguintes temas:

-
-
-

de forma a adquirir conhecimentos necessários para cuidar corretamente da utente no domicílio.

Viana do Castelo, ____/____/____

O Cuidador Principal

APÊNDICE 37

Lista de Bens do Doente



LISTA DE BENS DO DOENTE

Nome do doente:			Data:	
Descrição	QT	Descrição do Estado de Conservação	Observações	
Roupa de Casa	Almofadas			
	Cobertores			
	Colchas			
	Edredões			
	Lençóis			
	Resguardo de Cama			
	Toalha de Banho			
	Toalha de Rosto			
	Toalha de Bidé			
	Tapetes			
Roupa Individual	Batas			
	Blusas			
	Calças			
	Calções			
	Camisas			
	Camisa de Dormir			
	Pijama			
	Camisola			
	Camisola interior			
	Soutiens			
	Combinações			
	Cuecas			
	Ceroulas			
	Collants			
	Meias			
	Peúgas			
	Lenços de Mão			
	Saia			
	Vestidos			
	Casacos de Malha			
Casacos de Fazenda				
Parka				
Calçado	Sapatos			
	Botas			
	Chinelos			
	Sandálias			
Obs.				

Confirmação dos Bens Pessoais do Doente

Confirmo a descrição dos bens - Assinatura do doente:

Assinatura do Responsável do doente:

Data: ____/____/____

O Técnico Responsável:

Data: ____/____/____

APÊNDICE 38

Registo de Espólio



REGISTO DE ESPÓLIO

Identificação do doente:

Nome: _____ Quarto: _____

Cartão de Cidadão / Bilhete de identidade: _____ validade: ____/____/____

Entregue por: _____ grau de parentesco: _____

Recebido pelo enfermeiro: _____ OE nº _____

Data realização do espólio: ____/____/____

Constituição do espólio (descrição dos objetos)

Espólio Levantado por: _____ Grau de parentesco: _____

Cartão de Cidadão / Bilhete de identidade: _____ validade: ____/____/____

Na presença do enfermeiro: _____ OE nº _____

Declaro para os devidos efeitos que os artigos mencionados me foram entregues na totalidade e conforme se encontravam no momento em que o espólio foi realizado.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

APÊNDICE 39

Termo de Responsabilidade para Deslocação ao Domicílio



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos efeitos e na qualidade de Cuidador Principal do Sr.(a) _____ que se encontra internado nesta Instituição na Unidade de Cuidados Paliativos no quarto ____, que me responsabilizo pelo seu período de ausência da referida Instituição entre as __ h. __ min. do dia __/__/__ e as __ h. __ min. do dia __/__/__, por motivo de deslocação ao domicílio.

Viana do Castelo, ____/____/____

O Médico da UCP

APÊNDICE 40

Procedimentos de Mobilidade e Alta

Atividade N.º 6	
Ação	Procedimentos de Mobilidade e Alta
Fundamentação	<p>Infelizmente este não é um tema muito comum nas UCP na sua generalidade. No entanto é importante que o mesmo se tente proporcionar, quer na alta para o domicílio de forma a poder passar os últimos dias de vida junto dos que ama e com a qualidade a que tem direito, quer na deslocação por um período de fim de semana ao domicílio bem como a transferência por proximidade ao domicílio do doente. Pode ainda ser permitido dentro dos mesmos termos, a saída por um período do dia, proporcionando ao doente um “passeio” com um familiar ou amigo que o venha visitar.</p> <p>É algo importante e que se deve ter em conta quando os motivos que levaram ao internamento, estejam ultrapassados e o doente possa regressar a casa para juntos dos que lhe são mais queridos de forma a poder morrer no conforto do seu Lar, como deveria acontecer a todos, dando assim lugar a quem se encontre em situação que justifique o internamento como já mencionei anteriormente.</p> <p>Assim, quando atingidos os objetivos terapêuticos ou considerada adequada uma mudança de tipologia dentro da RNCCI (caso se justifique), bem como na já referida transferência por proximidade dentro da mesma tipologia, a Unidade fará proposta fundamentada à ECL, para apreciação e validação.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprir as indicações de mobilidade e alta descritas pela RNCCI; • Permitir ao doente a alta caso o mesmo a solicite ou reúna condições clínicas sociais e emocionais favoráveis à obtenção da mesma; • Proporcionar ao doente deslocação ao domicílio por períodos de 24 a 48 horas; • Completar a Carta de Alta Multidisciplinar (Apêndice 32) com 48 horas de antecedência à data da mesma, que por motivo de alta quer por transferência por proximidade à área de residência; • Disponibilizar ao doente/cuidador principal ou seu representante legal, tal como à ECL com 48 horas de antecedência, a Carta de Alta Multidisciplinar (Apêndice 32) onde conte os cuidados que lhe foram prestados; • Realizar conferência familiar no dia da alta, onde devem ser retiradas todas as dúvidas e explicados os procedimentos a ter, bem como entregar cópias dos relatórios dos MCDT's realizados durante o internamento; • Manter o Processo Individual do Doente arquivado após a alta (“Arquivo Morto”).
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir que o doente se desloque ao domicílio; • Preenchimento da Autorização para Deslocação ao Domicílio (Apêndice 34) bem como da Declaração de Autorização de Saída (Apêndice 35) pelo clínico da Unidade

	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do Termo de Responsabilidade (Apêndice 39) pelo familiar/cuidador principal; • Elaboração da Carta de Alta Multidisciplinar (Apêndice 32); • Revisão da Carta de Alta Multidisciplinar pelo Gestor de Caso antes de ser enviada à ECL.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando • Equipa multidisciplinar da UCP
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • % de doentes com a autorização médica, o termo de responsabilidade e a Declaração de Autorização de Saída preenchidas sempre que o utente sai da Unidade por um período; • % de doentes com a Carta de Alta Multidisciplinar completa com 48h de antecedência à data da mesma; • % de doentes com o processo completamente preenchido até à primeira reunião multidisciplinar; • Arquivar a totalidade dos processos individuais do doente, em conformidade com a legislação vigente.

APÊNDICE 41

Identificação dos Gestores de Caso

Atividade N.º 7	
Ação	Identificação dos Gestores de Caso
Fundamentação	<p>Os cuidados paliativos são concretizados com base nas necessidades dos doentes/família/cuidador com intenso sofrimento e portadores de doença terminal, avançada e progressiva, através de uma rede de cuidados, que, no presente caso, passa por uma estrutura de assistência em regime de internamento.</p> <p>Nesto novo método de trabalho, impulsionado, em primeira instância, pelo movimento dos cuidados paliativos e posteriormente pela filosofia de intervenção na RNCCI, está presente a figura do Gestor de Caso. Este pode ser definido como um “elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados e o utente /família. É o responsável pela atualização e acompanhamento do Plano Individual de Intervenção, consubstanciando-se num interlocutor privilegiado (UMCCI, 2009, p. 8).</p> <p>Neste sentido a gestão de caso constitui-se como um processo que se constroi com base nas necessidades sentidas e avaliadas pelo utente/família/cuidador, no qual o profissional responsável executa as intervenções, coordena, implementa e reavalia as opções tomadas em equipa juntamente com a díade de cuidados.</p>
Objetivos	Assegurar que todos os doentes admitidos na UCP tenham nomeado um Gestor de Caso nas primeiras 24h.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Nomear o Gestor de Caso para o doente, conforme as necessidades sentidas e avaliadas, podendo ser qualquer elemento da equipa multidisciplinar (a designação do Gestor de Caso será aquando da avaliação inicial); • Afixar em local visível a Listagem dos Gestores de Caso (Apêndice 41);
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Equipa Multidisciplinar da UCP.
Avaliação	% dos doentes admitidos nas UCP com Gestor de caso nomeado.

APÊNDICE 42

Listagem dos Gestores de Caso



GESTOR DE CASO

Cama	Nome do Doente	Gestor de Caso	Cat. Prof.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

O Diretor Técnico

APÊNDICE 43

Auto Avaliação de Desempenho dos Profissionais



Auto-avaliação de Desempenho

Data da Avaliação __/__/__	Período da Avaliação De __/__/__ a __/__/__	Categoria Profissional _____	Tempo na Função _____
-------------------------------	--	---------------------------------	--------------------------

Nome do Colaborador/a _____	Idade _____	Nº Colaborador _____
--------------------------------	----------------	-------------------------

1. Desenvolvimento Profissional					
CRITÉRIOS	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	ACEITÁVEL	FRACO
Assiduidade	<input type="checkbox"/> Nunca Falta	<input type="checkbox"/> Falto no máximo 3 dias por ano	<input type="checkbox"/> Falta entre 3 e 5 dias por ano	<input type="checkbox"/> Falta entre 5 a 10 dias por ano	<input type="checkbox"/> Falta mais de 10 dias por ano
Pontualidade	<input type="checkbox"/> Chega sempre a tempo e às vezes antes do tempo	<input type="checkbox"/> Chega sempre a tempo	<input type="checkbox"/> Raramente chega depois da hora	<input type="checkbox"/> Atrasa-se frequentemente	<input type="checkbox"/> Atrasa-se sempre
Conhecimento das Funções	<input type="checkbox"/> Conhece as suas funções com exatidão	<input type="checkbox"/> Conhece a maioria das suas funções	<input type="checkbox"/> Conhece o necessário	<input type="checkbox"/> Conhece parte das funções. Precisa de treino	<input type="checkbox"/> Necessita de treino e formação
Responsabilidade (cumprimento das normas inerentes à categoria profissional)	<input type="checkbox"/> Muito disciplinado e assume plenamente as suas responsabilidades	<input type="checkbox"/> É disciplinado e assume as responsabilidades inerentes ao cargo	<input type="checkbox"/> É normalmente disciplinado e responsável, inspirando no entanto alguns cuidados neste domínio	<input type="checkbox"/> É pouco cumpridor das normas, faltando-lhe a noção exata das responsabilidades	<input type="checkbox"/> Revela muita dificuldade em cumprir as normas e não assume as responsabilidades dos seus atos
Flexibilidade	<input type="checkbox"/> Evidencia uma excecional flexibilidade para responder às necessidades da instituição				<input type="checkbox"/> Não evidencia qualquer disponibilidade para executar novos serviços, realizar trabalho extraordinário, alterar o seu horário face a condicionantes excecionais
Trabalho em Equipa	<input type="checkbox"/> Possui excelente espírito de colaboração.	<input type="checkbox"/> Procura colaborar em trabalho de equipa	<input type="checkbox"/> Colabora normalmente em trabalho de equipa	<input type="checkbox"/> Não demonstra boa vontade. Só colabora quando necessário	<input type="checkbox"/> Mostra resistência em colaborar

Valorização Profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Revela interesse sistemático em melhorar os conhecimentos profissionais. A sua adaptação à mudança é excecional	Revela interesse em melhorar os conhecimentos profissionais. Adapta-se bem às novas exigências.	Mostra algum interesse em aumentar os seus conhecimentos e em aperfeiçoar o seu trabalho	Mostra pouco interesse em adquirir novos conhecimentos e revela na prática resistência à mudança	Não mostra interesse em aperfeiçoar os conhecimentos e resiste sempre à mudança
2. Desenvolvimento Pessoal					
CRITÉRIOS	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	ACEITÁVEL	FRACO
Empenho/Dedicação (atitude face à instituição/clientes)	<input type="checkbox"/> Excecionalmente dedicado	<input type="checkbox"/> Bastante dedicado	<input type="checkbox"/> Apresenta dedicação	<input type="checkbox"/> Apresenta pouca dedicação	<input type="checkbox"/> Não apresenta dedicação
Competência	<input type="checkbox"/> Excelente capacidade de apreensão e concretização	<input type="checkbox"/> Boa capacidade de apreensão e concretização	<input type="checkbox"/> Capacidade de apreensão e concretização satisfatória	<input type="checkbox"/> Pouca capacidade de apreensão e concretização	<input type="checkbox"/> Nenhuma capacidade de apreensão e concretização
Relações Humanas (facilidade de estabelecer e manter boas relações com clientes, familiares, colaboradores e chefia)	<input type="checkbox"/> Estabelece excelentes relações. Incentiva sempre um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Estabelece boas relações. Contribui sempre para manter um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Estabelece relações satisfatórias. Contribui regularmente para a existência de um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Estabelece fracas relações. Pouco contribui para a existência de um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> É frequentemente gerador de conflitos. A sua atitude gera um mau ambiente de trabalho
Total da Pontuação dos Critérios					
Avaliação Final					
Avaliação Quantitativa	Auto-avaliação: _____ Pts				
Comentários do Colaborador					
Assinatura do Colaborador			Data		

Legenda		
Critérios de Avaliação	Pontuação	Intervalos de cotação
Fraco	2	0-19
Aceitável	4	20-39
Bom	6	40-59
Muito Bom	8	60-79
Excelente	10	80-100
Classificação Final		
A classificação final da avaliação do desempenho tem por base a auto-avaliação do colaborador e a avaliação elaborada pelo seu superior hierárquico. Para a obtenção da pontuação final a auto-avaliação tem um peso de 40% e a avaliação elaborada pelo superior hierárquico de 60%.		

APÊNDICE 44

Avaliação de Desempenho dos Profissionais

Avaliação de Desempenho

Data da Avaliação __/__/__	Período da Avaliação De __/__/__ a __/__/__	Categoria Profissional _____	Tempo na Função _____
-------------------------------	--	---------------------------------	--------------------------

Nome do Colaborador/a _____	Idade _____	Nº Colaborador _____
--------------------------------	----------------	-------------------------

1. Desenvolvimento Profissional					
CRITÉRIOS	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	ACEITÁVEL	FRACO
Assiduidade	<input type="checkbox"/> Nunca Falta	<input type="checkbox"/> Falto no máximo 3 dias por ano	<input type="checkbox"/> Falta entre 3 e 5 dias por ano	<input type="checkbox"/> Falta entre 5 a 10 dias por ano	<input type="checkbox"/> Falta mais de 10 dias por ano
Pontualidade	<input type="checkbox"/> Chega sempre a tempo e às vezes antes do tempo	<input type="checkbox"/> Chega sempre a tempo	<input type="checkbox"/> Raramente chega depois da hora	<input type="checkbox"/> Atrasa-se frequentemente	<input type="checkbox"/> Atrasa-se sempre
Conhecimento das Funções	<input type="checkbox"/> Conhece as suas funções com exatidão	<input type="checkbox"/> Conhece a maioria das suas funções	<input type="checkbox"/> Conhece o necessário	<input type="checkbox"/> Conhece parte das funções. Precisa de treino	<input type="checkbox"/> Necessita de treino e formação
Responsabilidade (cumprimento das normas inerentes à categoria profissional)	<input type="checkbox"/> Muito disciplinado e assume plenamente as suas responsabilidades	<input type="checkbox"/> É disciplinado e assume as responsabilidades inerentes ao cargo	<input type="checkbox"/> É normalmente disciplinado e responsável, inspirando no entanto alguns cuidados neste domínio	<input type="checkbox"/> É pouco cumpridor das normas, faltando-lhe a noção exata das responsabilidades	<input type="checkbox"/> Revela muita dificuldade em cumprir as normas e não assume as responsabilidades dos seus atos
Flexibilidade	<input type="checkbox"/> Evidencia uma excecional flexibilidade para responder às necessidades da instituição				<input type="checkbox"/> Não evidencia qualquer disponibilidade para executar novos serviços, realizar trabalho extraordinário, alterar o seu horário face a condicionantes excecionais
Trabalho em Equipa	<input type="checkbox"/> Possui excelente espírito de colaboração.	<input type="checkbox"/> Procura colaborar em trabalho de equipa	<input type="checkbox"/> Colabora normalmente em trabalho de equipa	<input type="checkbox"/> Não demonstra boa vontade. Só colabora quando necessário	<input type="checkbox"/> Mostra resistência em colaborar

Valorização Profissional	<input type="checkbox"/> Revela interesse sistemático em melhorar os conhecimentos profissionais. A sua adaptação à mudança é excecional	<input type="checkbox"/> Revela interesse em melhorar os conhecimentos profissionais. Adapta-se bem às novas exigências.	<input type="checkbox"/> Mostra algum interesse em aumentar os seus conhecimentos e em aperfeiçoar o seu trabalho	<input type="checkbox"/> Mostra pouco interesse em adquirir novos conhecimentos e revela na prática resistência à mudança	<input type="checkbox"/> Não mostra interesse em aperfeiçoar os conhecimentos e resiste sempre à mudança
---------------------------------	---	---	--	--	---

2. Desenvolvimento Pessoal

CRITÉRIOS	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	ACEITÁVEL	FRACO
Empenho/Dedicação (atitude face à instituição/clientes)	<input type="checkbox"/> Excecionalmente dedicado	<input type="checkbox"/> Bastante dedicado	<input type="checkbox"/> Apresenta dedicação	<input type="checkbox"/> Apresenta pouca dedicação	<input type="checkbox"/> Não apresenta dedicação
Competência	<input type="checkbox"/> Excelente capacidade de apreensão e concretização	<input type="checkbox"/> Boa capacidade de apreensão e concretização	<input type="checkbox"/> Capacidade de apreensão e concretização satisfatória	<input type="checkbox"/> Pouca capacidade de apreensão e concretização	<input type="checkbox"/> Nenhuma capacidade de apreensão e concretização
Relações Humanas (facilidade de estabelecer e manter boas relações com clientes, familiares, colaboradores e chefia)	<input type="checkbox"/> Estabelece excelentes relações. Incentiva sempre um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Estabelece boas relações. Contribui sempre para manter um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Estabelece relações satisfatórias. Contribui regularmente para a existência de um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> Estabelece fracas relações. Pouco contribui para a existência de um bom ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> É frequentemente gerador de conflitos. A sua atitude gera um mau ambiente de trabalho
Total da Pontuação dos Critérios					

Avaliação Final

Avaliação Quantitativa	Auto-avaliação: _____ Pts	Sup. Hierárquico: _____ Pts	Total: _____ Pts
Avaliação Qualitativa			
Comentários do Colaborador			
Assinatura do Colaborador		Data	
Assinatura do Avaliador		Data	

Legenda

Crítérios de Avaliação	Pontuação	Intervalos de cotação
Fraco	2	0-19
Aceitável	4	20-39
Bom	6	40-59
Muito Bom	8	60-79
Excelente	10	80-100

Classificação Final

A classificação final da avaliação do desempenho tem por base a auto-avaliação do colaborador e a avaliação elaborada pelo seu superior hierárquico. Para a obtenção da pontuação final a auto-avaliação tem um peso de 40% e a avaliação elaborada pelo superior hierárquico de 60%.

APÊNDICE 45

Monitorização da Qualidade dos Serviços Prestados

Atividade N.º 8	
Ação	Monitorização da Qualidade dos Serviços Prestados
Fundamentação	<p>Monitorizar a qualidade dos serviços prestados, é nos dias de hoje, essencial para que os obtenha uma prestação de serviços de excelência.</p> <p>Esta monitorização tem que ser realizada periodicamente através de questionários e formulários de forma a poderem ser avaliados, quer pela direção da Instituição onde são prestados, quer pelos doentes e seus familiares, quer ainda por Instituições externas.</p> <p>A avaliação constitui um aspeto chave para o desenvolvimento adequado de um projeto de intervenção, tendo especial interesse nesta área.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação a qualidade dos serviços prestados • Praticar prestação de serviços de qualidade
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação periódica dos Indicadores de Qualidade ainda a definir
Intervenientes	Mestrando
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação trimestral com a ECL aplicando a grelha de acompanhamento da RNCCI (Anexo 11); • Avaliação da satisfação dos doentes e suas famílias, aplicando inquérito de satisfação, definindo as datas a aplicar (instrumento ainda a definir e que esteja validado); • Avaliação anual da satisfação dos profissionais por aplicação de Questionário de Avaliação de satisfação dos colaboradores (instrumento ainda a definir e que esteja validado); • Promover reuniões Multidisciplinares semanais para se discutirem os resultados, procurando resolver e/ou minimizar os problemas detetados; • Avaliação da qualidade dos cuidados prestados, mensalmente, por indicadores a definir; • Avaliação de desempenho dos profissionais, por auto (Apêndice 43) e hétero avaliação (Apêndice 44).

APÊNDICE 46

Plano de Formação

Módulo	Objectivo(s)	Conteúdos a abordar	Estratégias	Avaliação	Duração
Cuidados Paliativos	<p>Conhecer e compreender os valores e princípios dos cuidados paliativos.</p> <p>Reconhecer a articulação da medicina curativa com a medicina paliativa.</p>	<p>Cuidados Paliativos – conceitos, filosofia e princípios.</p> <p>Doença crónica e Cuidados Paliativos.</p> <p>Implicações na prática clínica da Medicina Paliativa vs Medicina Curativa.</p> <p>Estruturas e organização de Cuidados Paliativos.</p>	Método expositivo/participativo	Quiz	3h
A pessoa e sua família em Cuidados Paliativos	Compreender a adaptação da pessoa e família à doença crónica, de evolução prolongada e terminal	<p>Impacto da doença incurável na pessoa e na família.</p> <p>O <i>burnout</i> do cuidador.</p>	Método expositivo/participativo	Quiz	1h
O fim de vida	Cuidar a pessoa e sua família nas últimas horas de vida garantindo apoio, qualidade e dignidade até ao fim.	<p>A pessoa em fim de vida e sua família.</p> <p>Processo de perda e luto.</p> <p>Limite da intervenção da medicina.</p> <p>Cuidados na agonia.</p> <p>Cuidados de suporte ao doente e família.</p>	<p>Método expositivo/participativo</p> <p>Estudo de Caso</p>	Quiz	5h
O processo de luto	<p>Apreender conhecimentos sobre o “bem -morrer”</p> <p>Assistir e apoiar a pessoa e a família no luto.</p>	<p>A morte e o morrer.</p> <p>Medicalização da morte.</p> <p>A morte como facto sociocultural.</p>	Método expositivo/participativo	Quiz	3h

		Espiritualidade na doença, morte e luto. Cuidados pós-morte.			
Aspectos éticos em Cuidados Paliativos	Reconhecer a importância dos valores pessoais, dos códigos deontológicos e das decisões da pessoa doente. Aplicar os princípios legais e éticos na resolução de problemas complexos inerentes aos cuidados na fase final de vida Demonstrar respeito pela pessoa doente, suas perspectivas e desejos.	Direitos da pessoa doente. Princípios éticos. Valores relacionados com o fim de vida e a morte. Principais dilemas éticos em Cuidados Paliativos.	Método expositivo/participativo Estudo de Caso	Quiz	2h
Comunicar em Cuidados Paliativos	Conhecer e compreender os princípios e estratégias de comunicação em Cuidados Paliativos Demonstrar capacidades de comunicação terapêutica doente/família/equipa de saúde	Princípios básicos da comunicação. Transmissão de más notícias. Conspiração do silêncio. Conferência familiar.	Método expositivo/participativo Estudo de Caso Role-playing	Quiz	10h
A equipa de saúde	Promover o trabalho em equipa. Prevenir o <i>burnout</i> do profissional de saúde.	Relações de trabalho, funções e responsabilidades. Cuidar da equipa.	Método expositivo/participativo Estudo de Caso	Quiz	3h

		<i>O burnout</i> do profissional de saúde.			
Observação, Avaliação e Controlo de Sintomas		Sintomas comuns. Dor total. Sofrimento multidimensional. Escala de avaliação em Cuidados Paliativos. Medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo de sintomas. Vias e modos de administração de terapêutica. Urgências em Cuidados Paliativos.	Método expositivo/participativo Estudo de Caso	Quiz	18h
				Total	45h

APÊNDICE 47

Questionário de Necessidades de Formação



CONSULTA AOS TRABALHADORES

N.º da Consulta:

Entidade/Empresa: Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque

Nome: _____

Categoria profissional: _____

Data: ____/____/____

Tema da consulta: Apresentação de temas de formação.

Para cumprimento do artigo 20.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de outubro, o empregador deve dar formação adequada nos domínios da segurança e saúde no trabalho. Assim, são apresentados de seguida temas de formação tendo em atenção o exercício das atividades/funções desempenhadas, para que possa dar a sua opinião. Classifique por ordem de preferência (1 a 9, sendo que 1 é o mais importante e o 9 o menos importante) consoante os temas apresentados.

Temas da formação	Classificação
Lesões músculo-esqueléticas: trabalho sentado	
Lesões músculo-esqueléticas: trabalho de pé	
Segurança de Equipamentos de Trabalho	
Movimentação Manual de Cargas	
Acidentes de Trabalho	
Risco Ergonómico	
Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	
Risco Biológico	
Sinalização de Segurança	

Poderá no quadro seguinte indicar outros temas que não tenham sido mencionados e que gostaria que fossem abordados.

SUGESTÕES:

Data: ____/____/____

O Diretor Técnico,

APÊNDICE 48

**Elaboração e Implementação do Plano de Formação na
Equipa Multidisciplinar**

Atividade N.º 9	
Ação	Elaboração e Implementação do Plano de Formação na Equipa Multidisciplinar
Fundamentação	<p>A formação em serviço é um momento de socialização onde a aprendizagem é focada no conhecimento, na ação e na experiência (Lesne, 1984).</p> <p>As alterações constantes que se tem verificado na área da saúde exigem a aquisição cada vez maior e mais rápida de saberes e competências. Para responder a estas exigências as instituições deverão privilegiar a gestão desses mesmos saberes e competências o que passa inevitavelmente pela formação.</p> <p>A formação deve estar intimamente ligada ao desempenho profissional tendo em vista as respostas aos problemas concretos da prática.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir aos elementos da equipa multidisciplinar formação específica contínua na área dos cuidados paliativos; • Implementar o Plano de Formação (Apêndice 46).
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das áreas prioritárias e obrigatórias para a prestação de cuidados paliativos; • Definição das necessidades, de formação em cuidados paliativos, sentidas pela equipa multidisciplinar.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Equipa Multidisciplinar da UCP; • Formadores convidados.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão do Plano de Formação; • Implementação do Plano de Formação.

APÊNDICE 49

**Definição dos Critérios de Qualidade para a Unidade de
Cuidados Paliativos**

Atividade N.º 10	
Ação	Definição dos Critérios de Qualidade para a Unidade de Cuidados Paliativos
Fundamentação	<p>A qualidade em saúde é a condição necessária para um clima de confiança num sistema de cuidados, isto é, os utentes de um serviço de saúde, esperam receber cuidados individualizados e prestados por profissionais qualificados. Os programas de garantia da qualidade provocam mudanças nas práticas, nesse sentido, a qualidade dos cuidados tornou-se uma preocupação dos responsáveis políticos, dos gestores dos serviços de saúde, dos prestadores e dos consumidores dos cuidados.</p> <p>Para Gómez-Batiste (2005) um serviço para ser considerado de qualidade necessita ter determinados elementos como: competência, efetividade, eficácia, eficiência, adequação/oportunidade, acessibilidade, satisfação, privacidade, participação, continuidade, segurança, equidade, cobertura e adaptação ao meio.</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir os critérios de qualidade assistencial para a UCP; • Elaborar documentos para melhoria da componente assistencial; • Implementar protocolos, procedimentos e manuais de forma a uniformizar os cuidados prestados. • Definir os indicadores de avaliação e monitorização da UCP.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e descrição da realidade existente e negociar com a equipa multidisciplinar das possibilidades de melhoria/mudança de forma continua.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Equipa Multidisciplinar da UCP;
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar dos critérios de qualidade assistencial definidos para a UCP; • Aplicação dos documentos elaborados; • Definição dos indicadores de avaliação e monitorização da UCP.

APÊNDICE 50

Manual de Funções

Manual de Funções

Unidades de Cuidados Paliativos



2016

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Índice

Carta de Apresentação	3
Definição de Funções	4
Direção.....	4
Diretor Técnico	4
Diretor Clínico	5
Médico	5
Médico Fisiatra	5
Enfermeiro Responsável de Turno	6
Enfermeiro Generalista.....	6
Fisioterapeuta	7
Terapeuta Ocupacional	7
Psicóloga	7
Técnica Superior de Serviço Social.....	8
Nutricionista	8
Animador/a Sociocultural.....	8
Administrativo/a	9
Rececionista/Telefonista.....	9
Cozinheira.....	10
Ajudante de Cozinha	10
Responsável pelo Aprovisionamento	11
Auxiliar de Ação Médica	11
Responsável de Lavandaria	12
Trabalhador de Serviços Gerais.....	12
Estagiário	12
Voluntário.....	12

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Carta de Apresentação

Caros/as Colaboradores/as,

O presente Manual de Funções foi elaborado com o objetivo de esclarecer e informar os colaboradores, estagiários e voluntários do seu papel na Instituição, para que estes possam conhecer efetivamente as suas funções e responsabilidades, de forma a se integrarem rapidamente no espírito da Instituição e adquirirem sentimento de pertença.

Acreditamos que os nossos colaboradores são um elemento determinante na concretização dos seus objetivos e que uma adequada gestão das suas competências contribui fortemente, para o seu futuro sustentável.

O percurso dos seus recursos humanos exige por parte da Instituição um comportamento que envolva de forma permanente os seus colaboradores, para que possam contribuir para o seu sucesso enquanto profissionais e para o sucesso da instituição, através da concretização da sua missão, visão e valores institucionais de uma forma eficaz e sustentada em princípios de eficiência e de qualidade.

O Manual de Funções dos colaboradores será revisto sempre que oportuno, reformulando as responsabilidades e funções de acordo com as exigências profissionais.

Categorias Profissionais

A definição de funções tem em conta tudo o que é esperado do colaborador, as suas tarefas, as formas adequadas de as executar, o que realmente se espera do seu trabalho e a forma como o realizar.

Permite ainda estabelecer orientações fundamentais para o desempenho de tarefas, por parte de cada colaborador, no interior da Instituição.

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

DEFINIÇÃO DE FUNÇÕES

Função: Direção

RESPONSABILIDADES

Zelar pelo cumprimento dos estatutos do Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque e da lei em vigor, ao nível da atividade administrativa e financeira da instituição, particularmente:

- Cumprir integralmente o constante nos Regulamentos Internos das diferentes respostas sociais;
- Examinar a escrituração e os documentos;
- Fazer cumprir a missão, visão e valores da instituição;
- Dar parecer sobre o relatório de contas do exercício, bem como, sobre o plano de atividades e orçamento para o ano seguinte;
- Verificar o cumprimento da lei e dos estatutos.

Função: Diretor Técnico

Superior hierárquico: Direção

RESPONSABILIDADES

- Promover a melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados, coordenando o planeamento e a avaliação de processos, resultados e satisfação quanto à atividade da Unidade;
- Planear, dirigir, coordenar e controlar as atividades dos diversos setores da UCP, sem prejuízo das competências próprias da Direção do CPPSCD;
- Estabelecer uma estreita e permanente articulação entre a UCP e a Equipa Coordenadora Local (ECL) e Equipa Coordenadora Regional (ECR);
- Coordenar e prestar supervisão aos profissionais das Unidades, designadamente através de reuniões técnicas;
- Zelar pela aquisição de produtos farmacêuticos, material de consumo clínico e equipamentos necessários ao normal funcionamento dos serviços, assim como, a introdução de novos produtos, desde que daí resultem ganhos qualitativos e económicos comprovados;
- Coordenar toda a assistência prestada aos utentes, assegurando o funcionamento harmónico dos serviços assistenciais das UCP, garantir a correção e prontidão dos cuidados de saúde;
- Estabelecer e acompanhar a implementação do “Plano Individual de Intervenção” para cada utente durante o período de internamento;
- Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Equipa Multidisciplinar, os Planos Individuais de Intervenção apresentados pela unidade envolvida na prestação dos serviços e no seguimento das avaliações periódicas;
- Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a ação médica e a ação da equipa multidisciplinar, de forma a alcançar os objetivos definidos;
- Garantir a organização do processo clínico individual do utente, o registo de toda a informação clínica e a sua disponibilização no âmbito do Acordo de Cooperação;
- Detetar eventuais não conformidades no cumprimento dos Planos Individuais de Intervenção e de todo o processo clínico, propondo, em tempo útil, a implementação de medidas preventivas e corretivas adequadas;
- Promover os princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica;
- Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas pela Direção do CPPSCD.
- Propor à Direção do CPPSCD:
 - O Regulamento Interno da UCP;
 - As normas de funcionamento da UCP;

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

- A admissão ou demissão de profissionais de saúde ou outros colaboradores, bem como, o exercício do poder disciplinar, nos termos da legislação aplicável;
- Os horários de trabalho e os planos de férias dos colaboradores;
- A definição das funções e responsabilidades de cada profissional.

Função: Diretor Clínico

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Compete ao Diretor Clínico coordenar toda a assistência prestada aos doentes;
- Estabelecer e acompanhar a implementação do Plano Individual de Intervenção para cada doente durante o período de internamento;
- Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a ação médica e a ação da equipa multidisciplinar, de forma a alcançar os objetivos definidos;
- Garantir a organização do processo clínico e individual do doente e o registo de toda a informação clínica;
- Promover os princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica.

Função: Médico

Superior hierárquico: Diretor Clínico

RESPONSABILIDADES

- Organizar e manter atualizado o processo clínico de cada utente, nomeadamente a tabela terapêutica;
- Acompanhar com regularidade todos os utentes da UCP, desde a sua entrada até à sua alta;
- Informar os familiares dos utentes sobre a evolução do estado de saúde;
- Articular com médicos de especialidade e outros profissionais, fornecendo a informação necessária a uma prestação de cuidados efetiva;
- Requisitar meios auxiliares de diagnóstico;
- Efetuar exames médicos e fazer diagnósticos;
- Prescrever e avaliar a terapêutica medicamentosa adequada às diferentes doenças, afeções e lesões do organismo;
- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;
- Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar;
- Contribuir para a elaboração e cumprimento do Plano Individual de Intervenção do utente.

Função: Médico Fisiatra

Superior hierárquico: Diretor Clínico

RESPONSABILIDADES

- Efetuar exames médicos e fazer diagnósticos;
- Prescrever tratamentos fisiátricos;
- Articular com médicos de especialidade e outros profissionais, fornecendo a informação necessária a uma prestação de cuidados efetiva;

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;

Função: Enfermeiro Responsável de Turno

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Garantir e acompanhar a implementação do Plano Individual de Intervenção do utente durante o período de internamento, assim como as avaliações e registos necessários à evolução do processo clínico;
- Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Direção Técnica e a Equipa Multidisciplinar, os Planos Individual de Intervenção apresentados pelas diferentes unidades envolvidas na prestação de serviços e no seguimento das avaliações periódicas;
- Participar no processo de admissão de pessoal de enfermagem, integração de novos colaboradores e na sua avaliação de desempenho;
- Promover a formação em exercício, atualização e valorização profissional do pessoal de enfermagem e ação médica;
- Promover a humanização dos cuidados prestados e a otimização das melhores condições de funcionamento da Unidade, propondo superiormente as ações corretivas e de melhoria contínua consideradas necessárias;
- Incentivar a adoção de medidas que garantam a segurança dos utentes, colaboradores e público em geral e estimular atitudes e comportamentos do pessoal que contribuam para a minimização do risco clínico e não clínico;
- Desenvolver e incentivar um clima de trabalho em equipa e de co-responsabilização pelos resultados, promovendo para o efeito reuniões periódicas de avaliação da qualidade dos cuidados;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da atividade de enfermagem, zelando pela observância dos princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica.

Função: Enfermeiro Generalista

Superior hierárquico: Enfermeiro Responsável de Turno

RESPONSABILIDADES

- Prestar cuidados de enfermagem aos utentes;
- Colaborar com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão;
- Preparar atempadamente a medicação dos utentes;
- Administrar os medicamentos e tratamentos prescritos pelo médico;
- Providenciar que os utentes sejam vistos pelo médico sempre que necessário;
- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;
- Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar;
- Contribuir para a elaboração e cumprimento do Plano Individual de Intervenção do utente.

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Função: Fisioterapeuta

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Tratar e/ou prevenir perturbações do sistema músculo esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, atuando igualmente, no domínio da saúde mental;
- Avaliar, planejar e executar programas específicos de intervenção utilizando entre outros meios, o exercício físico, técnicas específicas de reeducação da postura e do movimento, terapias manipulativas e outras;
- Desenvolver ações e colaborar em programas no âmbito da promoção e educação para a saúde;
- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;
- Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar;
- Contribuir para a elaboração e cumprimento do Plano Individual de Intervenção do utente.

Função: Terapeuta Ocupacional

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Avaliar, tratar e habilitar indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras;
- Promover a capacidade dos utentes em escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações que estes considerem significativas;
- Habilitar para a ocupação de forma a promover a saúde e o bem-estar;
- Prevenir a incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais;
- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;
- Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar;
- Contribuir para a elaboração e cumprimento do Plano Individual de Intervenção do utente.

Função: Psicólogo

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Prestar apoio psicológico aos utentes/familiares;
- Articular com o/a Técnico/a de Serviço Social o apoio psicossocial a prestar aos utentes/familiares;
- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;
- Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar;
- Contribuir para a elaboração e cumprimento do Plano Individual de Intervenção do utente.

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Função: Técnica Superior de Serviço Social

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Estudar e definir normas gerais, esquemas, regras de atuação do Serviço Social na Instituição, regras essas que servirão de base ao plano de ação anual, e remetê-las à apreciação e aprovação;
- Proceder ao acolhimento de novos utentes, fazer o seu acompanhamento, promovendo a integração dos seus familiares e significativos;
- Articular com a Psicóloga o apoio psicossocial a prestar aos utentes e familiares;
- Proceder à análise de problemas do foro social diretamente relacionados com os serviços da Instituição;
- Assegurar e promover a colaboração com o Serviço Social de outras instituições ou entidades;
- Apoiar os utentes a resolver adequadamente os problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável;
- Estudar os recursos existentes na comunidade e formas de comunicação com a família;
- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;
- Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar;
- Contribuir para a elaboração e cumprimento do Plano Individual de Intervenção do utente.

Função: Nutricionista

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Elaborar planos nutricionais de acordo com a situação clínica do utente e segundo prescrição médica;
- Supervisionar a confeção das dietas;
- Orientar as cozinheiras e ajudantes de cozinha;
- Proceder à fixação do menu das dietas semanalmente em local próprio;
- Assegurar e manter atualizados os registos do utente;
- Participar nas reuniões de equipa multidisciplinar;
- Contribuir para a elaboração e cumprimento do Plano Individual de Intervenção do utente.

Função: Animador Sociocultural

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Elaborar o plano de atividades socioculturais, de acordo com as necessidades do utente e submete-lo à aprovação;
- Coordenar as atividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais;
- Manter os registos que evidenciem a realização e o acompanhamento das atividades.

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Função: Administrativa/o

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Atendimento ao público;
- Atendimento telefónico;
- Rececionar e registar a correspondência e encaminha-la para os respetivos serviços ou destinatários;
- Executar tarefas relacionadas com o expediente geral da UCP;
- Efetuar o processamento de texto de memorandos, cartas/ofícios, relatórios, notas informativas e outros documentos;
- Arquivar, preparar e conferir a documentação de apoio à atividade da UCP;
- Registar e atualizar, manualmente ou utilizar aplicações informáticas específicas da área administrativa, dados necessários à gestão da UCP;
- Assegurar o secretariado dos serviços;
- Receber as participações dos utentes e emitir os recibos;
- Garantir o cumprimento de todas as obrigações fiscais da empresa;
- Receber e transmitir as estatísticas de entradas e saídas dos utentes para a segurança social;
- Efetuar a conferência das faturas versus receções internas;
- Realizar os pagamentos a fornecedores depois de autorizados pela Direção;
- Arquivar e classificar os documentos contabilísticos;
- Realizar o controlo das contas bancárias;
- Informar mensalmente a direção da situação financeira da instituição através do balancete;
- Auxiliar na realização do orçamento financeiro da Instituição;
- Preparar todos os elementos necessários para o fecho anual de contas;
- Realizar o processamento de salários;
- Comunicar à seguradora eventuais acidentes de trabalho ou outros tipos de acidentes depois de ter sido informada pela Direção;
- Elaborar o relatório único;
- Substituir qualquer administrativa/rececionista quando necessário;

Função: Rececionista/Telefonista

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Atendimento ao público;
- Atendimento telefónico;
- Receber e orientar o público em geral, os utentes e seus familiares;
- Prestar esclarecimentos sobre os serviços das respostas sociais;
- Fornecer “flyers” informativos;
- Facultar o registo de visitas e o livro de reclamações;
- Arquivar documentação;
- Atender os visitantes informar-se das suas pretensões e anunciá-los ou indicar-lhes os serviços a que devem dirigir-se;
- Vigiar e controlar as entradas e saídas dos visitantes, mercadorias e veículos;
- Receber correspondência, se necessário;
- Reportar superiormente as ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas;
- Zelar pela segurança do edifício;
- Substituir qualquer administrativa quando necessário;

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Função: Cozinha

Superior hierárquico: Nutricionista

RESPONSABILIDADES

- Receber os víveres e outros produtos destinados à confeção das refeições, cuidando pelo seu bom estado de conservação;
- Respeitar as diretrizes de segurança alimentar previstas nos pressupostos do sistema HACCP, efetuando os registos diários previstos;
- Preparar, temperar e cozinhar os alimentos destinados às refeições;
- Amanhar o peixe, preparar os legumes e a carne e proceder à execução das operações culinárias;
- Proceder ao empratamento e guarnição dos alimentos confeccionados;
- Confeccionar os doces e bolos destinados às refeições;
- Executar e zela pela limpeza da cozinha e dos utensílios;
- Lavar louças, recipientes e outros utensílios;
- Reportar superiormente as ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas;
- Contribuir para a elaboração das ementas, com criatividade, tendo em atenção a natureza e o número de pessoas a servir, os víveres existentes ou suscetíveis de aquisição;
- Requisitar à secção respetiva, os géneros de que necessita para a confeção das refeições;
- Fornecer instruções à ajudante de cozinha sobre a preparação e confeção dos pratos, tipos de guarnição e quantidade a servir;
- Acompanhar o andamento dos cozinhados;
- Verificar a perfeição da confeção dos pratos e da sua concordância com o estabelecido;
- Averiguar a ordem e a limpeza de todas as secções da cozinha;
- Manter em dia o inventário de todo o material de cozinha;
- Acondicionar os alimentos entregues na cozinha;
- Aproveitamento de tudo o que existe na cozinha;
- Assegurar a atualização de todos os registos;
- Cumprir e fazer cumprir os requisitos de Higiene e Segurança no Trabalho (HST);
- Colaborar para o correto e normal funcionamento da instituição;

Função: Ajudante de Cozinha

Superior hierárquico: Cozinha

RESPONSABILIDADES

- Trabalhar sobre as instruções de um/a Cozinheiro/a, auxiliando-o/a na execução das suas tarefas;
- Limpar e cortar os legumes, carne, peixe e outros alimentos;
- Preparar guarnições para os pratos;
- Proceder à limpeza e arrumação dos utensílios e equipamentos utilizados na confeção e serviço das refeições;
- Colaborar no serviço de refeitório;
- Executar e colaborar nos trabalhos de arrumação das secções da cozinha;
- Colaborar para o correto e normal funcionamento da instituição;
- Cumprir os requisitos de Higiene e Segurança no Trabalho (HST);
- Desempenhar quando solicitado, esporadicamente, funções não compreendidas na atividade contratada, desde que não implique o desempenho de responsabilidades atribuídas a uma categoria profissional superior.

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Função: Responsável de Aprovisionamento

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Manter as informações atualizadas sobre as cotações dos bens e serviços;
- Efetuar contatos com fornecedores;
- Informar sobre anomalias na execução de fornecimentos de bens e serviços, sem prejuízo da respetiva conferência física;
- Elaborar programas de aprovisionamento, essencialmente de bens de economato, a fim de os submeter a análise e aprovação superiores;
- Emitir pareceres sobre a organização e funcionamento do aprovisionamento, para os submeter a análise e aprovação superiores;
- Procurar assegurar que o aprovisionamento se efetue ao menor custo, dentro dos requisitos de quantidades e qualidades e nos prazos previstos;
- Manter atualizada a informação sobre o mercado fornecedor, nomeadamente através da criação e atualização do ficheiro de fornecedores;
- Fornecer aos órgãos hierárquicos e à Direção dados estatísticos sobre o movimento das compras de bens e serviços;
- Registar e atualizar a informação dos ficheiros de fornecedores e materiais;
- Encomendar mercadorias;
- Controlar os prazos de entrega das encomendas;
- Receber e controlar as mercadorias vindas do exterior;
- Controlar a gestão de stocks e prazos de validade;
- Assegurar e desempenhar outras funções que lhe sejam superiormente cometidas em matéria de gestão de aprovisionamento

Função: Auxiliar de Ação Médica

Superior hierárquico: Enfermeiro Responsável de Turno

RESPONSABILIDADES

- Desempenhar tarefas sob orientação da enfermagem;
- Colaborar na prestação de cuidados de higiene e conforto e de alimentação dos utentes;
- Proceder ao acompanhamento e transporte dos utentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé, dentro e fora da instituição;
- Assegurar o transporte de medicamentos e produtos de consumo corrente necessários ao regular funcionamento do serviço;
- Assegurar o serviço de mensageiro e proceder à limpeza específica dos serviços de ação médica;
- Preparar e lavar o material dos serviços técnicos;
- Proceder à receção, arrumação de roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e suas entregas;
- Servir refeições ligeiras nos serviços e distribuir dietas;
- Colaborar na prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes sob orientação do pessoal de enfermagem;
- Transportar e distribuir os materiais de consumo pelos serviços de ação médica.

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

Função: Responsável de Lavandaria

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Utilizar a maquinaria de acordo com as instruções gerais e específicas de cada equipamento;
- Proceder ao recebimento, tratamento, arrumação e distribuição das roupas;
- Identificar as roupas dos clientes;
- Realizar a lavagem manual ou mecânica das roupas de serviço e dos clientes;
- Engomar, dobrar a roupa e proceder à sua arrumação;
- Executar trabalhos, manuais ou à máquina, necessários ao conserto e aproveitamento de peças de vestuário, roupas de serviço e trabalhos afins;
- Articular com a Técnica de Aprovisionamento a gestão de stocks;
- Reportar superiormente as ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas;
- Desempenhar quando solicitado, esporadicamente, funções não compreendidas na atividade contratada, desde que não implique o desempenho de responsabilidades atribuídas a uma categoria profissional superior.

Função: Trabalhador de Serviços Gerais

Superior hierárquico: Diretor Técnico

RESPONSABILIDADES

- Proceder à limpeza e arrumação das instalações;
- Assegurar o transporte de alimentos e outros artigos, servir refeições no refeitório;
- Desempenhar funções de estafeta;
- Efetuar o transporte de cadáveres e desempenhar outras tarefas não específicas que se enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

Função: Estagiário

Superior hierárquico: Orientador

RESPONSABILIDADES

- Cumprir o plano do estágio sob supervisão de um orientador;
- Cumprir as normas que regulam o funcionamento da UCP;
- Elaborar o relatório do estágio.

Função: Voluntário

Superior hierárquico: Responsável pela Área do Voluntário estiver a exercer atividade

RESPONSABILIDADES

- Observar as normas que regulam o funcionamento da UCP;
- Atuar de forma diligente, isenta e solidária;
- Participar em programas de formação;
- Zelar pela boa utilização dos recursos materiais;

	MANUAL DE FUNÇÕES	Data: 2016
	Unidades de Cuidados Paliativos	

- Colaborar com os profissionais da UCP;
- Garantir regularidade;
- Utilizar identificação.

APÊNDICE 51

Plano de Trabalho da Equipa de Enfermagem



PLANO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

TURNO DA NOITE (0h-8h)

24h: Passagem de Turno

00:30h: Preparar/orientar medicação para as 24h

1h: 1º Posicionamento

- Fazer atualização de dados no aplicativo da RNCC, Escalas, ...

- Preparar consultas do dia seguinte

5:30h/6h: 2º Posicionamento

7h: Avaliar TA (doentes hipertensos) / Pesquisas de Glicemias capilares / Administrar medicação específica (medicamentos em jejum por exemplo)

7:30h: Registos

8h: Passagem de Turno

TURNO DA MANHÃ (8h-16h)

8h: Passagem de Turno

8:30h: Verificar e administrar medicação e insulinas / Alimentar doentes

9:30h: Organizar Higiene / Executar tratamentos e trocas programadas de dispositivos

10:30h: Alimentar doentes com o lanche da manhã

12h: Pesquisas de Glicemias capilares / Verificar e administrar medicação / Alimentar doentes

13h/13:30h: Pausa para Almoço

14h: Posicionamentos

15h: Registos

16h: Passagem de Turno

TURNO DA TARDE (16h-24h)

16h: Passagem de Turno

16:30h: Lanche: alimentar doentes / Administrar medicação específica

17h/ 18h: Posicionamentos

18:30h: Pesquisas de Glicemias capilares / Verificar medicação

19h: Administrar medicação e insulinas / Alimentar doentes

20h: Pausa para Jantar

21h: Posicionamentos

22h: Administrar medicação / Alimentar doentes

22:30h: Registos

23h: Passagem de Turno

APÊNDICE 52

Plano de Trabalho das Auxiliares de Ação Médica



PLANO DE TRABALHO DE AUXILIARES DE AÇÃO MÉDICA

TURNO DA NOITE (0h-8h)

- 00:00h – Passagem de turno;
- 00:30h/7:30h – Auxiliar enfermeiros nos posicionamentos/higiene sempre que necessário;
- 7:30h – Repor carros de higiene para o turno da manhã;
- Atender à limpeza dos quartos;
- Diureses (perguntar ao enfermeiros antes de esvaziar os sacos coletores de urina).

TURNO DA MANHÃ (8h-16h)

- 8h – Passagem de turno;
- 8:10h – Prestar cuidados de higiene aos doentes colaboradores que não necessitem da presença de enfermagem (doentes que os enfermeiros indiquem);
- 8:30h – Buscar tabuleiros à copa dos pequenos-almoços e alimentar os doentes colaboradores;
- 9:00h até 10:00h – Auxiliar enfermeiros nos cuidados de higiene/prestar cuidados de higiene aos doentes colaboradores mediante supervisão de enfermagem;
- 10h – Buscar tabuleiros à copa meio-manhã e alimentar os doentes colaboradores;
- 10:30h até 12:00h – Auxiliar enfermeiros nos cuidados de higiene/prestar cuidados de higiene aos doentes colaboradores mediante supervisão de enfermagem;
- 12h – Buscar tabuleiros à copa dos almoços e alimentar os doentes colaboradores;
- 13h/13:30h – Pausa para almoço e alimentar os doentes colaboradores;
- 14h/15:45h – Auxiliar enfermeiros nos posicionamentos + diureses (perguntar ao enfermeiros antes de esvaziar os sacos coletores de urina);
- 16h – Passagem de turno.

TURNO DA TARDE (16h-24h)

- 16h – Passagem de turno;
- 16:10h – Buscar tabuleiros à copa dos lanches e alimentar os doentes colaboradores;
- 17:30/18h – Auxiliar enfermeiros nos posicionamentos/higiene;
- 19h – Buscar tabuleiros dos jantares e alimentar os doentes colaboradores;
- 20:30h – Pausa para jantar;
- 21h – Auxiliar enfermeiros nos posicionamentos/higiene;
- 22h – Buscar tabuleiros à copa das ceias e alimentar os doentes colaboradores;
- 22:30h/24h – Assegurar limpeza dos quartos/diureses (perguntar ao enfermeiros antes de esvaziar os sacos coletores de urina);
- 24h – Passagem de turno.

Em todos os turnos:

- Fazer triagem dos lixos/resíduos e acondicionamento correto dos mesmos;
- Atender campainhas dos quartos;
- Manter organizada a sala de despejos e a sala de limpos;

- Organizar e repor carros da higiene;
- Manter os corredores limpos, desimpedidos e organizados;
- Devolver à cozinha os carros com os tabuleiros logo que terminadas as refeições.

Declaro que tomei conhecimento do Plano de Trabalho e que o irei cumprir na íntegra de forma a promover o bom funcionamento do serviço:

[illegible]

O Diretor Técnico _____

APÊNDICE 53

Carta de Condolências



Exma. Família da

Sr. _____

Os elementos da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Comunitário de Darque, que cuidou do Sr. _____ nos últimos dias da sua vida, vem desta forma apresentar as sentidas condolências a toda a família que acompanhou o fim de vida do vosso familiar.

Tendo consciência de que o apoio prestados pelos elementos da família e amigos mais próximos, é de extrema importância para que os últimos dias do vosso ente querido sejam vividos com qualidade, de forma a proporcionar uma morte digna, serena e com o mínimo de sofrimento possível, vimos por este meio também reconhecer o vosso esforço e empenho nesta fase difícil, que é também das vossas vidas.

Assim, e por tudo o que passaram e poderão estar a passar, reforçamos a nossa inteira disponibilidade para vos ajudar no que acharem necessário e esteja ao nosso alcance, nomeadamente através de apoio psicológico.

Em nome de todos os elementos da equipa,

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

Viana do Castelo, ____/____/____

O Diretor Técnico,

APÊNDICE 54

Guia de Acolhimento para o Doente/Família

Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Paroquial de Promoção
Social e Cultural de Darque

Rua das Dálías, nº 233
Cais Novo, Darque, 4935-132 /Viana do Castelo

Endereço Eletrónico:
centrocomunitariodarque@gmail.com

Telefone: 258 330 602 /3



GUIA DE ACOLHIMENTO DO UTENTE



Unidade de Cuidados Paliativos



O QUE DEVE TRAZER NO DIA DA ADMISSÃO

No momento em que é formalizada a sua admissão, deve entregar:

- ✚ Informações médicas;
- ✚ Cópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão;
- ✚ Cópia do Cartão de Beneficiário (ADSE, Segurança Social ou outro) e do Cartão de Utente;
- ✚ Exames Complementares de Diagnóstico realizados anteriormente (radiografias, análises, electrocardiograma);
- ✚ Listagem da medicação que toma habitualmente;
- ✚ Indicação sobre eventuais alergias;
- ✚ Contacto dos seus familiares de referência.

Deve pedir a colaboração dos seus familiares no sentido de fornecer toda a informação e documentos que lhe forem solicitados.



VISITAS

As visitas são essenciais para o bem-estar e a sua recuperação. São diárias e tem lugar no período compreendido:

- Para o Cuidador Principal: das 9h às 20h, podendo permanecer as 24h do dia se assim o desejar;
- Para as visitas em geral: das 15h às 19h.

Ajude-nos a proporcionar o bem-estar de todas as pessoas internadas. Tente reduzir o nível de ruído e não permita que estejam mais do que duas visitas presentes em simultâneo. As visitas, devem na receção fazer o seu registo de entrada e saída, no registo diário de visitas, disponibilizado pela administrativa.

Tem o direito de recusar a presença de visitas. Se esta for a sua vontade, deve comunicá-la ao Enfermeiro Responsável ou ao Técnico Superior de Serviço Social.

PEDIDO DE INFORMAÇÕES E COMUNICAÇÃO COM O EXTERIOR

As informações sobre o estado de saúde da pessoa internada são dadas pessoalmente ao utente e/ou familiares mais próximos pelo Médico Assistente e/ou pelo Enfermeiro Responsável.

Outras informações serão dadas através de ligação telefónica.



AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO

Queremos conhecer o seu grau de satisfação com os cuidados que lhe foram prestados nesta unidade. Por isso, agradecemos que no final do internamento o utente e/ou familiar responsável proceda ao preenchimento do questionário de satisfação, para que desta forma, contribua para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Este documento irá ser fornecido pelo Serviço Social e após preenchimento deverá ser devolvido ao mesmo serviço.

SUGESTÕES/RECLAMAÇÕES

As suas sugestões e/ou reclamações são muito importantes para nós porque, através delas podemos melhorar os cuidados que prestamos.

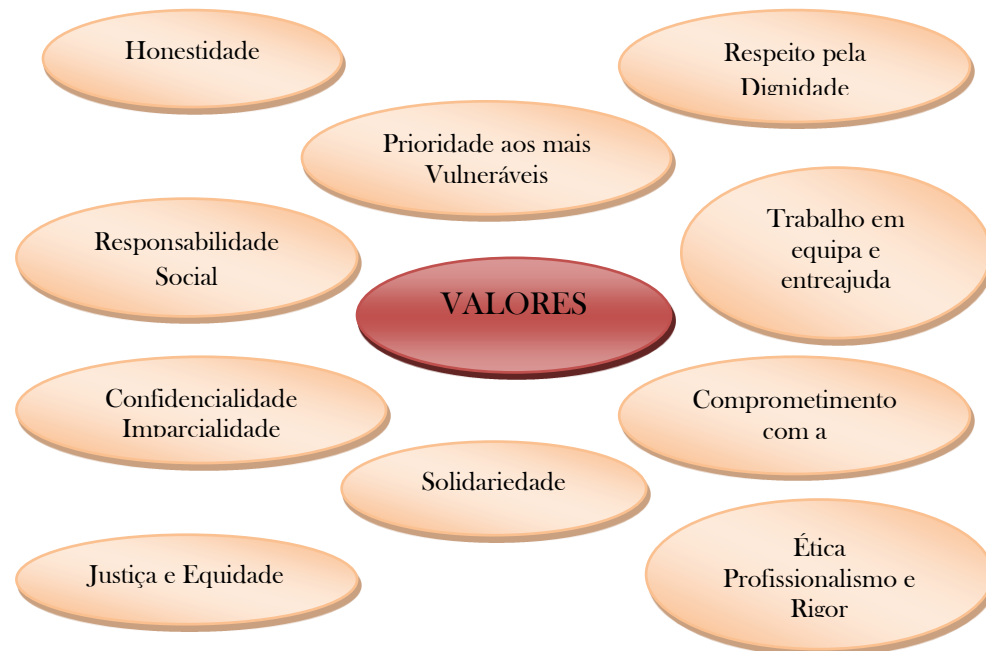
Pode colocar as suas sugestões na caixa de sugestões existentes para o efeito ou se o quiser fazer pessoalmente, pode comunicá-las ao Diretor da Unidade.

No caso de reclamação sobre a qualidade do atendimento ou dos serviços prestados, pode utilizar o livro de reclamações que existe nesta unidade, bastando para este efeito que o solicite na receção.

MISSÃO, VISÃO E VALORES

Missão: Receber, apoiar e garantir os direitos e necessidades dos indivíduos da comunidade envolvente, de forma integral e personalizada. Contribuir para o bem-estar dos nossos utentes/clientes, através de um conjunto de serviços prestados com excelência e qualidade, proporcionando-lhes deste modo uma melhor qualidade de vida.

Visão: Pretende ser reconhecido como uma entidade de referência e pioneira na implementação de políticas e práticas de solidariedade. Ser uma instituição fortemente implicada com os agentes sociais, económicos e culturais e reconhecida como parceiro fundamental para o desenvolvimento regional.



ALTA

Não é permitido o abandono das instalações do serviço de internamento, sem alta.

A alta é da exclusiva responsabilidade da equipa de saúde. A alta a pedido do doente implica o preenchimento de um impresso elaborado para esse efeito, que deve ser subscrito pelo próprio ou por quem legalmente, o possa substituir.

A alta é planeada desde a sua admissão. A partir desse momento, a equipa de profissionais da unidade ajudá-lo-á a preparar o seu regresso a casa, tendo em consideração as suas necessidades e a sua opinião, bem como, a dos seus familiares relativamente à satisfação das mesmas.

No momento da alta, ser-lhe-á entregue a nota de alta, carta com resumo da evolução da sua situação clínica para o seu Médico Assistente, conselhos e orientações Médicas, de Enfermagem e Sociais a seguir, bem como, informações sobre marcações de consultas e meios auxiliares de diagnóstico subsequentes.

Se necessitar, pode solicitar, declaração relativa ao período de internamento na unidade.

OBJETOS DE USO PESSOAL

Deve Trazer:

- Pijama ou camisa de dormir, roupão e chinelos;
- Roupas interiores;
- Fato de treino e roupa confortável para vestir durante o dia;
- Sapatilhas ou sapatos confortáveis;
- Artigos de higiene pessoal (pente, escova de cabelo, copo e escova de dentes, pasta dentífrica, giletes, entre outros artigos);
- Outros: livros, revistas, óculos, telemóvel, próteses dentárias, auditivas e outras.



Não Deve Trazer:

- Bebidas alcoólicas, cigarros, alimentos.

Não é aconselhável trazer objetos de valor ou elevadas quantias de dinheiro, pois no caso do seu desaparecimento, a unidade não se responsabilizará pelo facto.

EQUIPA DE SAÚDE

Os cuidados de que necessita ser-lhe-ão prestados por uma equipa pluridisciplinar que é constituída por:

- Médicos
- Enfermeiros
- Assistente Social
- Psicólogo
- Fisiatra
- Fisioterapeutas
- Animador Sócio-Cultural
- Nutricionista
- Auxiliares de Ação Médica
- Trabalhadores de Serviços Gerais
- Administrativos



A equipa de enfermagem assegura cuidados de saúde nos três turnos diários que cobrem as 24 horas, todos os dias da semana. A mudança de turno ocorre às 8h, às 16h e às 24h.

SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social tem como objetivo de intervenção estabelecer uma relação de proximidade com o utente e sua família no sentido de planear a alta, informando acerca dos serviços existentes na comunidade para minimizar as dificuldades decorrentes da situação de doença.

Nesta linha, o Serviço Social não substitui a família na procura de resposta para o utente, mas fornece-lhe um conjunto de informações que lhe permitam procurar, por si, as respostas sociais mais adequadas para suprir as suas necessidades e as do seu familiar.

Este serviço é assegurado por uma Assistente Social que apoia continuamente a família na procura de respostas.



DEVERES DOS UTENTES

O utente internado tem o dever:

- De zelar pelo seu estado de saúde;
- De fornecer aos profissionais de saúde, todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento;
- De respeitar os direitos dos outros utentes;
- De colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites;
- De respeitar as regras de funcionamento da unidade;
- De utilizar os serviços de saúde de forma apropriado e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários;
- De cumprir os compromissos financeiros assumidos com a unidade e que lhe foram dados a conhecer pela Equipa de Coordenação Local (ECL) no momento da sua transferência para a mesma.



ALIMENTAÇÃO

A alimentação faz parte do seu processo de recuperação, pelo que devem ser respeitadas as orientações dadas pela equipa de saúde.

A dieta fornecida pela unidade é completa e equilibrada, pois é estabelecida de acordo com o seu estado de saúde.

Por este motivo não se aconselha que consumam alimentos vindos do exterior sem autorização dos profissionais de saúde: médicos ou enfermeiros.

As refeições são servidas no seguinte horário:

Pequeno-Almoço: 8h30

Meio da Manhã: 10h30 (Se indicação clínica)

Almoço: 12h30

Lanche: 16h

Jantar: 19h

Ceia: 22h



ATIVIDADES

A unidade tem planeado um conjunto de atividades de entre as quais se destaca a fisioterapia e a terapia ocupacional, que visam contribuir ativamente para a sua reabilitação.

Para além destas, a unidade desenvolve outras atividades que têm como objetivo a ocupação dos tempos livres e a manutenção de uma vida ativa, contribuindo assim para a sua recuperação global.

Pintura, trabalhos manuais e artesanais, são algumas das atividades que pode realizar e que são desenvolvidas sob orientação do (a) Animador (a) Sociocultural da unidade. Os dias e horas marcados para estas atividades estão afixados no painel informativo.

As atividades a desenvolver terão em consideração os gostos e necessidades dos utentes e serão realizadas a nível individual e/ou em grande grupo.

DIREITOS DOS UTENTES

O utente internado tem direito:

- A ser tratado no respeito pela dignidade humana, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
- A receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos e de reabilitação;
- À continuidade de cuidados;
- A ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
- A ser informado sobre a sua situação de saúde;
- Obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;
- A dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino;
- À confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
- De acesso aos dados registados no seu processo clínico;
- À privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico;
- Por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações;
- À visita dos seus familiares e amigos;
- À sua liberdade individual.



APÊNDICE 55

Protocolos de Atuação

CRISE HIPERTENSIVA

Definição: elevação de TAS \geq a 180mmHg e /ou TAD \geq 120mmHg

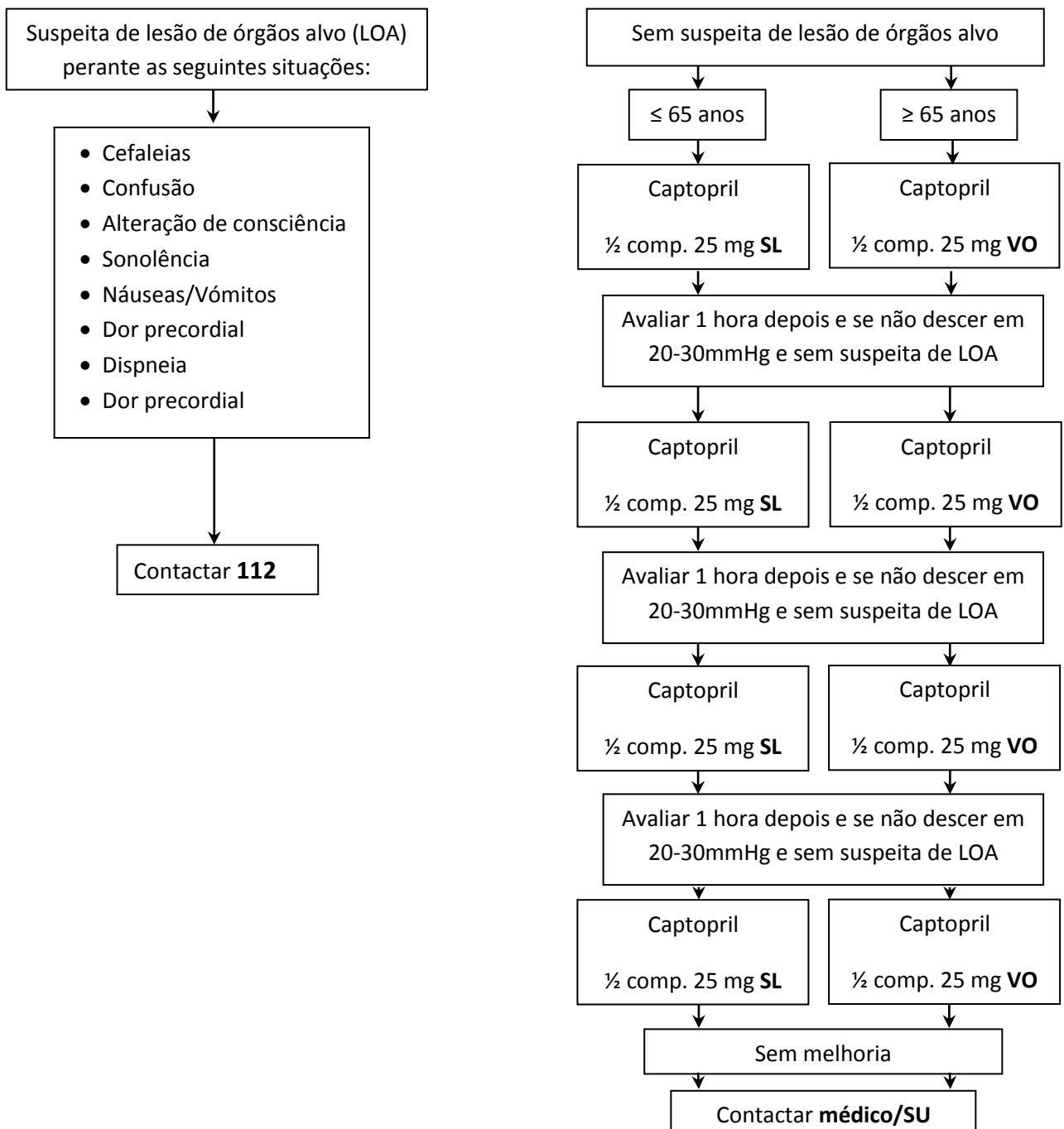
Objectivos: A descida de pressão arterial deve ser gradual, pretendendo-se uma descida inicial (em horas) para 160/110mmHg, usando terapêutica oral

Nas primeiras 24horas a pressão arterial não deve descer em mais que 25%



1º Colocar em ambiente calmo e repetir a avaliação de TA

2º Avaliação rápida de sinais e sintomas de lesão de órgão alvo

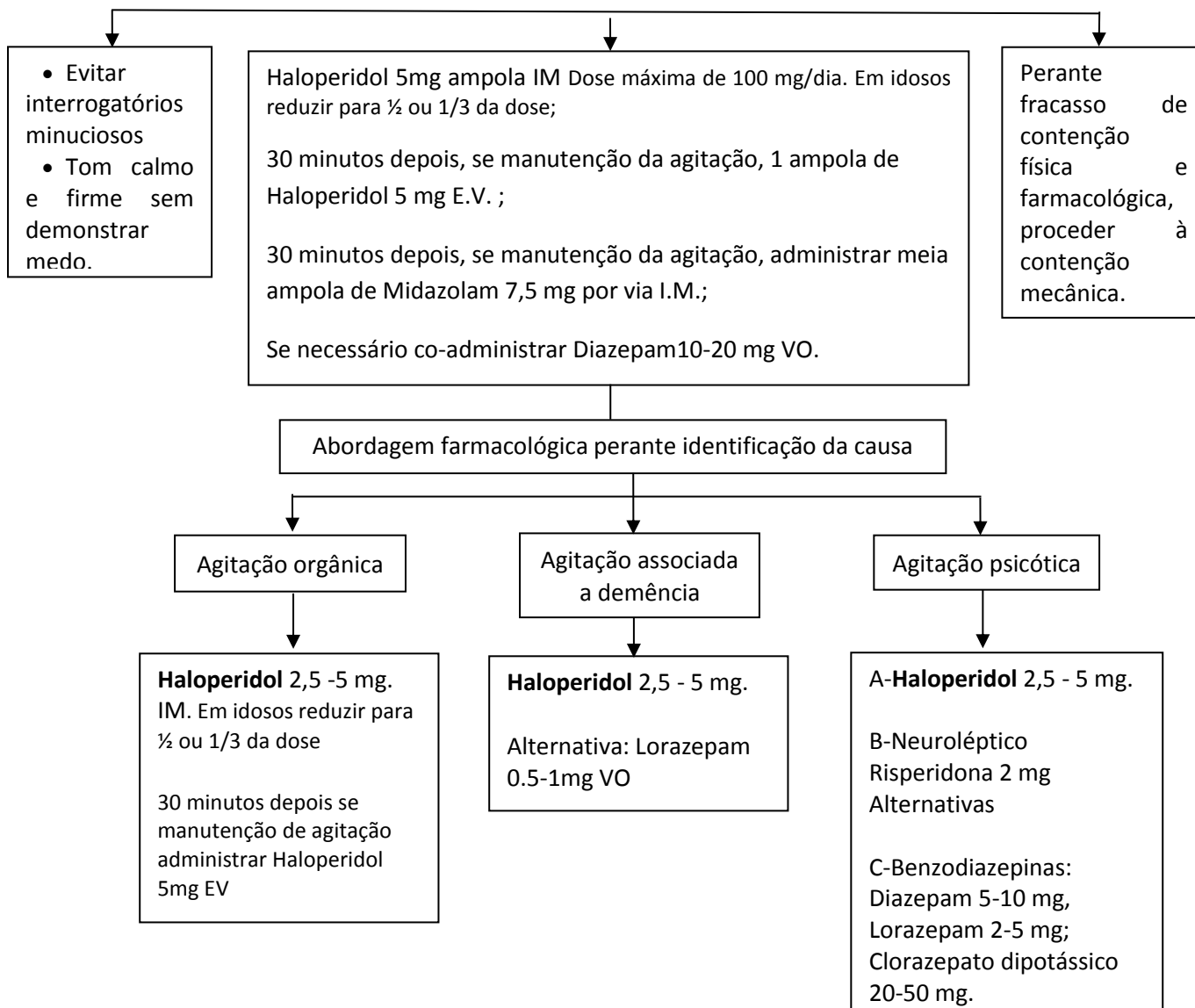
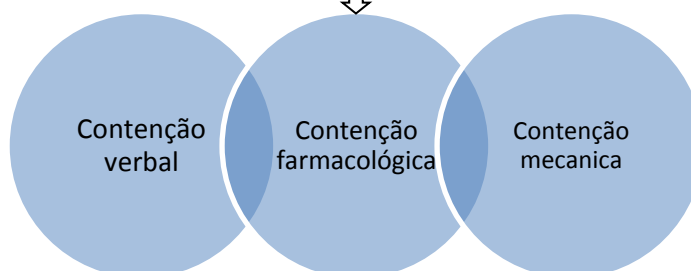


O DOENTE AGITADO

Agitação psicomotora é uma síndrome que engloba doenças caracterizadas por um significativo aumento da atividade motora inadequada ou com alterações concomitantes na esfera emocional

GARANTIR SEGURANÇA

Monitorizar sinais vitais



CRISE DE PÂNICO

Um período distinto de intenso temor ou desconforto, no qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico em 10 minutos:

- (1) palpitações ou ritmo cardíaco acelerado
- (2) sudorese
- (3) tremores ou abalos
- (4) sensações de falta de ar ou sufocamento
- (5) sensações de asfixia
- (6) dor ou desconforto torácico
- (7) náusea ou desconforto abdominal
- (8) sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio
- (9) desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)
- (10) medo de perder o controlo ou enlouquecer
- (11) medo de morrer
- (12) parestesias (anestesia ou sensações de formigueiro)
- (13) calafrios ou ondas de calor

Ataques de Pânico inesperados (não evocados), nos quais o início do Ataque de Pânico não está associado com um activador situacional

Ataques de Pânico associados a situações (evocados), nos quais o Ataque de Pânico ocorre, quase que invariavelmente, logo após à exposição ou antecipação a um evocador ou activador situacional

Ataques de Pânico predispostos pela situação, que tendem mais a ocorrer na exposição ao evocador ou activador situacional, mas não estão invariavelmente associados ao evocador e não ocorrem necessariamente após a exposição

Diminuição da ansiedade

ALPRAZOLAM 0.5-1 mg sublingual. Repetir de 15-20 minutos se necessário.

CRISE CONVULSIVA

Medidas gerais

- Evitar que o doente sofra traumatismos graves
- **Manter via aérea permeável**
- Monitorizar **TA, FC, Sat O₂, temperatura e glicemia**
- Posicionar doente em **decúbito lateral de segurança** de modo a reduzir a possibilidade de aspiração de vómito.
- **Garantir a desobstrução das vias aéreas.** NUNCA colocar um objecto na boca.
- Retirar próteses dentárias
- Aspirar secreções

Diazepam 10mg rectal podendo-se repetir após 15 minutos (dose máxima de 20 mg)

Situações específicas:

Hipoglicemia – infusão EV glicose hipertónica a 50%

Hipoxia: O₂ a alto débito oxigénio por máscara (3 l/minuto).

ESTADO MAL CONVULSIVO (crises convulsivas que se prolongam por mais de 30 minutos, ou repetidas e sem recuperação da consciência entre elas)

Iniciar fármacos antiepilépticos, por via endovenosa
Contacto imediato com SU para se proceder à transferência do doente

HIPERTERMIA

Se Temperatura axilar superior a **38 °C**

- Arrefecimento corporal
- Paracetamol 1g de 6 em 6 horas em SOS (via oral de preferência).

Se **3 horas depois** mantiver hipertermia:

- Acetilsalicilato de lisina 1g EV de 6 em 6 horas em SOS.

NOTA: Não administrar Acetilsalicilato de lisina se: doente hipocoagulado ou com alteração da coagulação; alergia aos salicilatos; úlcera activa.

HIPERGLICEMIA

Se Hiperglicemia, administração de Insulina rápida segundo esquema que se segue:

- Glicemia ≥ 180 mg/dl e < 250 mg/dl: 6 U SC de insulina rápida;
- Glicemia capilar ≥ 250 mg/dl e < 350 mg/dl: 8 U SC de insulina rápida;
- Glicemia capilar ≥ 350 mg/dl e < 400 mg/dl: 10 U SC de insulina rápida;
- Glicemia capilar > 400 mg/dl: 12 U SC de insulina rápida.

Voltar a reavaliar 1h horas após de forma a verificar eficácia de dose administrada para controle.

Cetose Diabética

DEFINIÇÃO: Situação de emergência resultante de uma carência absoluta ou relativa de insulina e das quais resulta um quadro clínico que assenta nas seguintes alterações:

1. Hiperglicemia
2. Cetose (presença de acetoacetato e hidroxibutirato)
3. Acidose metabólica
4. Desidratação
5. Alterações celulares

Clinica:

Astenia progressiva
Anorexia
Náuseas e vômitos
Presença de “polis” (poliúria e polidipsia)
Polipneia (dispneia de Kussmaul)
Boca seca (sem saliva), hálito cetónico
Dor abdominal, pode estar presente (também torácica ou outras localizações)
A suspeita de íleos paralítico sugere prognóstico grave
Temperatura normal ou baixa (se alta suspeitar de infecção subjacente)
Prega cutânea em fases mais tardias, já com desidratação global grave

**Confirmar diagnóstico de imediato**

Glicemia ≥ 250 mg/dl
Glicosúria e cetonúria positiva (++)

	Ligeira	Moderada	Grave
Glicemia	>250	>250	>250
pH	7.25 - 7.30	7.00 - 7.24	>7.30
Bicarbonato (mEq/L)	15-18	10 a <15	<10
Cetonúria	+	++	+++
Cetonemia	+	++	+++
Osmolaridade sérica	Variável	Variável	Variável
Gap iónico	>10	>12	>12
Estado de consciência	Alerta	Alerta/confuso	Estupor/Coma

Prioridade:

- Repor défice de volume
- Corrigir défice de insulina
- Corrigir desequilíbrios electrolíticos
- Iniciar tratamento de causa (se suspeita de infecção)
- Estabelecer plano de monitorização

Cetose ligeira sem intercorrência ou intercorrências ligeiras	<ol style="list-style-type: none"> 1- Esquema de insulinoterapia 2- Rever regime alimentar – restringir ração lipídica 3- Aumentar ingestão hídrica de preferência com fluidos com sal 4- Cada 2 h rever a cetonúria e glicemia, até corrigir a cetonúria e obter valores de glicemia <200 mg/dl
Cetose ligeira com intercorrência grave	<ol style="list-style-type: none"> 1- Insulina rápida 0.2U/kg/peso IM ou SC 2- Soro fisiológico (solução salina 0.9%) EV 15-20ml/Kg/h (1a 3 litros na 1ª hora), até estabilidade hemodinâmica, com ausência de sinais de má perfusão central e periférica. Posteriormente num débito ajustado à manutenção destes parâmetros (200-1000mL/h) 3- Quando glicemia entre 200-250 mg/dl, Soro glicosado a 5% 4- Iniciar hidratação <ul style="list-style-type: none"> Se consciente e sem vômitos pode tentar-se a ingestão de caldos de carne Se está inconsciente ou a vomitar deve iniciar-se IV de imediato e enviar de imediato ao Serviço de Urgência
Cetose moderada a grave	Iniciar hidratação e terapêutica com insulina via IM.

Hipoglicemia

Laboratorialmente define-se por glicemia **inferior a 50mg/dl**.

Abordagem inicial

- Assegurar ABC da reanimação
- Administrar O2 para obter saturação de 94-98%
- Acesso venoso
- Monitorização de sinais vitais e estado de consciência

Ordem de actuação	1º		2º	3º	4º
Doente consciente e assintomático	Fornecer refeição ligeira ou aumentar no ritmo de perfusão dos soros glicosados /alimentação parentérica		Repetir a glicemia de 30 em 30 minutos ou antes se tiver verificado alteração da consciência	Se a glicemia persiste <70mg/dL proceder como no passo 1	Identificar causa. Adoptar medidas para evitar novas hipoglicemias
Doente consciente e sintomático	Via oral disponível	Dar água com 2 pacotes de açúcar seguida de uma refeição ligeira	Repetir a pesquisa de glicemia de 15 em 15 minutos		
	Via oral não disponível	1 ampola de SG hipertónico (30%) IV seguida de perfusão de soro glicosado a 5%			
Doente com alterações de consciência	Administrar 2 ampolas de soro glicosilado hipertónico a 30% (IV); OU se não for possível 1 ampola de Glucagon *(1mg) por via IM, seguido de perfusão de soro glicosado a 5%				

***A utilização do Glucagon está contraindicada no tratamento de hipoglicemias induzidas por sulfonilureias**

CrITÉRIOS de avaliação da resposta ao tratamento/monitorização

Depois de recuperada a consciência, a glicemia capilar deve ser monitorizada de 15 em 15 minutos na primeira hora para confirmar a tendência da subida de glicemia. O doente devera ingerir uma refeição ligeira contendo hidratos de carbono complexos, logo que o estado de consciência o permita e não estiver nauseado e /ou manter uma perfusão de soro glicosado a 5%.

É necessário vigilância do doente nas primeiras 24 horas. As hipoglicemias induzidas por sulfonilureias de longa duração justificam vigilância durante as primeiras 48 horas.

Síndrome Coronária Aguda

Orientação diagnóstica e terapêutica pré-hospitalar do Enfarte Agudo do Miocárdio

Síndrome coronária aguda – Engloba Enfarte do miocárdio com e sem supra-desnivelamento do ST (SCA - EM sem SST) e a angina instável.

2/3 das mortes ocorrem no pré-hospitalar, na sua maioria por arritmias fatais precipitadas pela isquémia.

Todo o doente com sinais e sintomas associados a EAM devem ter acesso à Via Verde pré-hospitalar



Sintomas e sinais associados ao EAMCSST

Desconforto retro-esternal – opressão, peso pressão, ardor ou dor retro-esternal habitualmente com mais de 30 minutos de duração

Desconforto em um ou ambos os braços, no pescoço, na mandíbula, no dorso (entre as omoplatas) ou epigastro

Angina de esforço pré-existente em que a dor rapidamente piorou (mais frequente, prolongada, severa, não responde à medicação)

Dispneia - pode ser isolada , preceder ou acompanhar o desconforto

Diaforese, náuseas e vômitos



112 – Transporte ambulância

Colocar doente num ambiente calmo, sentado e não deixar fazer qualquer tipo de esforço

Enquanto não chega a ambulância

1-Monitorização

- a. Tensão arterial
- b. Oximetria de Pulso
- c. Frequência cardíaca
- d. Frequência respiratória

2-Realizar ECG (no prazo máximo de 10 minutos) e interpretação - permite alertar o hospital de destino e acelerar decisões e tratamento.

3-Se saturação de O₂ <90% → Oxigénio a 4-8 l/min por máscara

O objectivo é ter uma SpO₂ de 94-98%, ou 88-92% se o doente está em risco de insuficiência respiratória hipercápnica

4-Nitroglicerina SL 0.5mg se:

TA sistólica \geq 90mgHg

e

FC \geq 55 bmp

e

Ultima administração de nitratos SL há mais de 5 minutos

Nº máximo de doses = 3

Não se deve administrar NTG se:

- Enfarte inferior
- Suspeita de envolvimento do ventrículo direito
- Administração de inibidor de fosfodiesterase nas últimas 24 horas

5-Acido acetilsalicílico 250mg via oral mastigada (na ausência de contraindicações – hipersensibilidade ou intolerância gastrointestinal conhecida)

6-Sulfato de Morfina

Repetida num intervalo de 5-15 minutos.

A dose inicial de morfina é de 3-5mg EV, a repetir com minutos de intervalo até o doente não ter dor. Devem-se evitar anti-inflamatórios não esteróides (AINES) porque têm acção pró-trombótica.

Contenção Física

Circular normativa, Nº: 08/DSPSM/DSPCS DATA: 25/05/07, Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física

Atendendo a que o comportamento agressivo ou disruptivo de um doente pode surgir também de forma inesperada, torna-se necessário adoptar medidas de contenção, tendo em vista a sua proteção e a do meio envolvente, podendo mesmo recorrer-se, com carácter imperioso, ao isolamento do doente e à sua imobilização no leito, para se proceder à administração da terapêutica conducente à melhoria do seu estado.

No entanto, tais medidas representam, concomitantemente aos seus objectivos terapêuticos de proteção da vida e da integridade física dos doentes, uma intercepção com os seus direitos e liberdades civis, coincidindo com as situações pontuais e de exceção, referidas pelas associações promotoras e defensoras dos direitos humanos.

1. Entende-se por contenção física, a restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros.
2. Perante as situações mencionadas no ponto anterior devem ser levadas a cabo medidas preventivas com impacto ao nível da diminuição e recorrência dos episódios de agressividade/violência, nomeadamente técnicas comunicacionais de interrupção da escalada da agressividade e técnicas de contenção ambiental.
3. Quando a situação clínica do doente é impeditiva da viabilização de medidas terapêuticas, tais como administração de fármacos, poder-se-á recorrer à contenção física.
4. A imobilização do doente ou a sua colocação em quarto de isolamento, para maior vigilância clínica, devem ser as derradeiras opções depois de esgotadas outras medidas de controlo do comportamento agressivo.
5. Sempre que o doente reúna as condições necessárias dever-lhe-á ser solicitado o seu consentimento informado. Caso tal não seja possível, as mesmas diligências deverão ser efectuadas junto do seu representante legal, se exequível.
6. A contenção física deve ser realizada sob prescrição médica e registada no processo clínico do doente. No entanto, em situação de urgência os enfermeiros podem iniciar uma contenção física, actuando de acordo com a presente Circular, com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e com o Código Deontológico do Enfermeiro, devendo tais procedimentos ser de seguida comunicados ao médico, para proceder à avaliação da situação clínica do doente.
7. A utilização da contenção física é, obrigatoriamente, limitada no tempo e alvo de frequente avaliação pela equipa terapêutica, até que a contenção farmacológica ou outra seja eficaz.

8. Tendo em conta os princípios éticos, os aspectos clínicos e a avaliação individual do doente, devem garantir-se a utilização das seguintes regras na contenção física:

- a) Ter lugar num quarto isolado ou local apropriado e que garanta privacidade, bem ventilado e com temperatura adequada.
- b) Colocar o doente num local onde possa ser permanentemente vigiado.
- c) Garantir que não existam objectos perigosos para o doente.
- d) Utilizar faixas concebidas e apropriadas para tal.
- e) Equipar a cama com grades laterais, que permitam a protecção, apoio e segurança do doente.
- f) Colocar as faixas nos membros superiores, inferiores e tórax do doente conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros.
- g) Aplicar material de protecção para prevenção de lesões resultantes da fricção.
- h) h)Vigiar com periodicidade não superior a 15-30 minutos, sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão pelas respectivas faixas.
- i) Efetuar prevenção de acidentes tromboembólicos.
- j) Posicionar o doente em decúbito dorsal, com a cabeça levemente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso. Sempre que necessário deve ser utilizado um posicionamento alternativo, nomeadamente, em decúbito lateral.
- k) Fazer alternância de decúbitos para prevenção de úlceras devido à imobilização.
- l) Manter a comunicação com o doente no âmbito do seu processo terapêutico.
- m) Vigiar frequentemente os parâmetros vitais e analíticos do doente.
- n) Proceder ao exame físico periódico do doente.
- o) Hidratar o doente em caso de sedação prolongada
- p) Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção física no decurso de um período máximo de duas horas, repetindo-a pelo menos com esta periodicidade.
- q) Retirar a contenção física de acordo com a eficácia da medicação e a avaliação do estado clínico do doente.
- r) Registar, obrigatoriamente, no processo clínico do doente os motivos e as particularidades da contenção física, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas e os eventos inesperados.

FOLHA DE REGISTO DO EPISÓDIO DE CONTENÇÃO FÍSICA

Nome: _____

Tipo de contenção física:

- ☐ Imobilização no leito
- ☐ Isolamento no quarto

Motivos da contenção física:

- ☐ Risco de queda, após insucesso de outras medidas de protecção
- ☐ Agitação motora, após insucesso de outras medidas
- ☐ Insucesso da medicação
- ☐ Agressividade
- ☐ Outros. Especifique: _____

Data e hora de início da contenção física: __/__/__ às ____ horas

Data e hora de término da contenção física: __/__/__ às ____ horas

Episódios de contenção física anteriores:

- ☐ Não
- ☐ Sim. Quantos? ____ Data do último: __/__/__

Medidas de suporte utilizadas durante a contenção:

- ☐ Medicação via endovenosa
- ☐ Soros via endovenosa
- ☐ Alimentação por SNG
- ☐ Algaliação

Eventos adversos/complicações surgidos no período da contenção física:

- ☐ Não
- ☐ Sim. Especifique:
 - ☐ Desidratação
 - ☐ Depressão respiratória
 - ☐ Alterações da consciência
 - ☐ Sintomas extra-piramidais
 - ☐ Convulsões
 - ☐ Acidente cárdio-circulatório
 - ☐ Outros. Especifique: _____

Data __/__/__

O médico ou enfermeiro (nome legível e nº. Mecanográfico)

Gravidade das crises de asma			
Parâmetros	Ligeira	Moderada	Grave
Dificuldade respiratória	a andar	a falar	em repouso.
Discurso	Discurso normal	Frases curtas	Palavras
Estado de consciência	pode estar agitado	normalmente agitado	normalmente agitado
Frequência respiratória	aumentada	Aumentada	> a 30 mins
Utilização músculos acessórios	não	normalmente sim	normalmente sim
Sibilos	moderados, só no fim da expiração	altos	altos ou ausentes
Pulso	< a 100	100-120	> a 120
PEF	> 80%	60-80%	< 60%
PaO ₂	Normal	> 60 mm Hg	< 60 mm Hg
PaCO ₂	< 45 mm Hg	< 45 mm Hg	> 45 mm Hg
SaO ₂	> 95%	91-95%	< 90%

Tratamento inicial

- **Agonistas-β₂ inalados** de acção curta, por nebulização, uma dose cada 20 minutos durante 1 hora.

Ventilan 0.5-1ml/2.5-5 dissolvido em 3-5ml de SF

- **Oxigénio** até atingir uma saturação de O₂ > 90% (95% em crianças). O₂ com um débito de **3 a 5 l/m** por sonda nasal ou FiO₂ com máscara a **30 ou 40%**
- **Corticosteróides** sistémicos em casos de ausência de resposta imediata ou se o doente tomou recentemente corticosteróides em comprimidos ou xarope, ou em situações de crise grave.

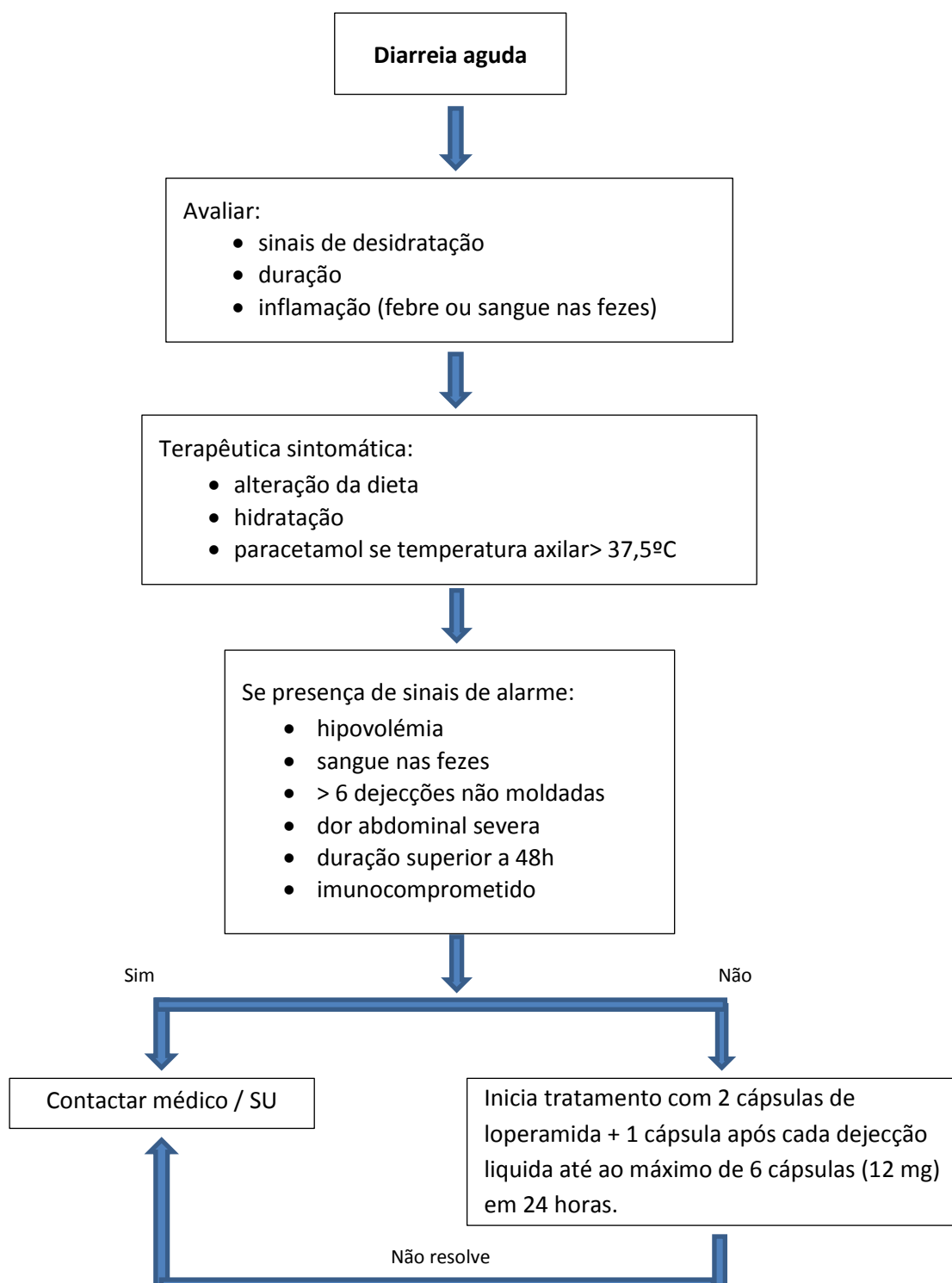
Episódio moderado

- Agonistas-β₂ inalados cada 60 minutos.
- Considerar oxigénio
- Considerar corticosteróides.
- Continuar o tratamento por 1-3 horas em caso de se observar melhoria.

Episódio grave

- PEF < 60 do valor teórico / melhor pessoal.
- Exame físico: sintomas graves em repouso, tiragem.
- História: doente de alto risco.
- Ausência de melhoria após tratamento inicial.
- Agonistas-β₂ inalados, hora a hora ou continuamente + anticolinérgicos inalados.
2º Salbutamol perfusão continua 0.2ug/Kg7min + Brometo de Ipratrópio 0.5/2ml (8 puffs a cada 20min)
- Oxigénio
- Corticosteróides sistémicos. Metilprednisolona 1mg/kg cada 6h
- Considerar agonista-β₂ sub-cutâneo, intramuscular ou endovenoso.

Diarreia aguda



APÊNDICE 56

Manual de Procedimentos



2016

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DA UCP



ÍNDICE

1. Procedimento das Regras de Conduta dos Colaboradores -----	3
2. Procedimento do Acolhimento ao Utente/Cuidador/Familiars -----	4
3. Procedimento para a Criação, Apresentação, Validação e Monitorização do Plano Individual de Intervenção (PII) do Utente -----	6
4. Procedimento para Elaboração de Ata de Reunião Multidisciplinar -----	7
5. Procedimento de Organização do Processo Individual Utente (PIU) -----	8
6. Procedimento de Higiene e Conforto do Utente -----	10
7. Procedimento de Alimentação ao Utente -----	11
8. Procedimento de Eliminação-----	12
9. Procedimento de Mobilidade e Transporte -----	13
10. Procedimento de Utilização de Escalas de Dor -----	14
11. Procedimento de Registo Fotográfico de UP -----	14
12. Procedimento relativo às Quedas-----	15
13. Procedimento de Higiene e Arranjo do Quarto do Utente -----	16
14. Procedimento de Circuito de Roupas -----	17
15. Procedimento de Circuito de Resíduos -----	18
16. Procedimento de Atuação face a Acidentes/Incidentes -----	18
17. Procedimento de Atuação face a Situação de Identificação de Maus-Tratos -----	20
18. Procedimento em Situação de Óbito-----	23
19. Procedimento da Alta do Utente-----	25
20. Procedimento de Tratamento de Sugestões/Reclamações -----	27
21. Procedimento de Avaliação da Satisfação do Utente e Familiares -----	28
22. Procedimento de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores -----	29

1. Procedimento das Regras de Conduta dos Colaboradores

1.1 Objetivo

Definir as regras de conduta e comportamento adequadas que devem ser adotadas pelos colaboradores da Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Centro Comunitário de Darque (CCD).

1.2 Campo de Aplicação

Aplica-se a todos os colaboradores da UCP.

1.3 Modo de Proceder

Para além do definido no Código de Ética de cada área profissional, as seguintes regras devem ser adotadas pelos colaboradores da UCP do CCD de forma a manter uma apresentação e comportamento profissional durante a execução dos serviços.

1.4 Regras Gerais

- Assegurar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade de cada utente;
- Falar pausadamente com uma linguagem perceptível e num tom de voz baixo;
- Manter o contacto ocular com o utente;
- Tratar utentes/familiares/visitas com trato formal;
- Comunicar com o utente de forma a entender o conteúdo da mensagem;
- Estabelecer uma relação empática com cada utente;
- Promover a aquisição de competências pessoais ao utente, assegurando-lhe maior autonomia possível;
- Explicar e justificar (sempre que necessário), as tarefas que vão realizar, solicitando a sua colaboração;
- Não transmitir aos utentes situações de conflitos entre colegas e restante Equipa Técnica;
- Não transmitir problemas pessoais ou de trabalho ao utente/família/cuidador responsável;
- Não transmitir informações confidenciais sobre outros utentes.

1.5 Regras de Apresentação na UCP

- Apresentação sóbria e limpa;
- Vestuário (bata/uniforme) e calçado adequado e confortável, consoante o pré-estabelecido pela UCP do CCD;
- Usar sempre os cartões de identificação;
- Não utilizar acessórios pessoais nem maquilhagem em excesso;
- Usar os cabelos apanhados;
- Utilizar os aventais, luvas descartáveis e máscaras faciais, quando necessário.

2. Procedimento do Acolhimento ao Utente/Cuidador/Familiares
2.1 Objetivo Realizar uma série de atividades que ocorrem quando o utente é admitido na UCP.
2.2 Campo de Aplicação Aplica-se ao Assistente Social, Enfermeiro responsável de turno e Auxiliar de Ação Médica por efetuarem o acolhimento.
2.3 Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none">▪ Criar um ambiente cómodo e acolhedor para que o utente/cuidador responsável/família se sintam bem-vindos e seguros;▪ Proporcionar informação e esclarecer dúvidas ao utente/cuidador responsável;▪ Obter informação do utente/cuidador responsável;▪ Colher dados que permitam uma personalização dos cuidados.
2.4 Modo de Proceder <ul style="list-style-type: none">▪ Acolher o utente/cuidador responsável/família com cortesia e tranquilidade;▪ Tratar o utente pelo nome;▪ Apresentar-se ao utente e apresentar a equipa técnica;▪ Deixar o utente/cuidador responsável/família exprimir-se;▪ Responder ao conteúdo da mensagem verbal;▪ Aceitar o utente como pessoa, independentemente da sua raça, religião e convicções políticas;▪ Compreender os sentimentos do utente/família;▪ Apresentar o utente aos demais utentes. 2.4.1 Cabe ao Serviço Social: <ul style="list-style-type: none">▪ Proporcionar-lhes explicações acerca das normas e rotinas da Unidade através da explicação do Guia de Acolhimento, relativas a (sempre que este não se encontre disponível, passa a ser o Enfermeiro o responsável por tal):<ul style="list-style-type: none">▪ horas de visitas e registo diário de visitas;▪ horário das refeições, mudança de turno, visita médica, etc.▪ informar sobre a localização das instalações: wc, gabinetes técnicos, salas de tratamento, etc.▪ Colher dados de identificação para o Processo Social, fotocopiando o B.I. e Cartão de Utente ou Cartão de Cidadão;▪ O atendimento social é prestado pela Técnica Superior de Serviço Social, com o utente e cuidador responsável em ambiente calmo e reservado;▪ Proceder ao Atendimento Inicial/Entrevista para elaboração do Inquérito Social e Planeamento das Ações registadas no Acordo de Intervenção Social, utilizando as técnicas da entrevista e observação;▪ Proceder à explicação, preenchimento e assinatura dos termos de responsabilidade;▪ São dados a conhecer ainda os questionários para avaliação da satisfação dos serviços prestados pela UCP ao utente e ao cuidador responsável;▪ Explicar sucintamente o conteúdo do Regulamento Interno e informar da sua disponibilização para consulta;▪ Avaliar a condição social e individual do utente, procedendo ao levantamento de

necessidades e potencialidades, bem como, ao cuidador aplicando se necessários escalas de avaliação;

- Informar sobre a possibilidade de formalizar sugestões/reclamações que eventualmente possam surgir, tendo o Serviço Social o papel de mediador;
- Mostrar disponibilidade para próximos atendimentos e incentivar o cuidador responsável para o envolvimento na prestação dos cuidados ao utente na unidade, bem como, para a aprendizagem e formação.

2.4.2 Cabe à Enfermeira Responsável:

- Instalar confortavelmente o utente no quarto;
- Confirmar a receção e arquivo da documentação de alta/transferência que acompanha o utente;
- Fazer a admissão do utente na plataforma Gestcare;
- Preencher juntamente com o utente e cuidador responsável a Ficha de Identificação do Utente;
- Avaliar e preencher juntamente com o utente e cuidador responsável a Avaliação Inicial de Enfermagem;
- Identificar o utente com a colocação de pulseira no pulso.

2.4.3 Cabe ao Auxiliar de Ação Médica:

- Apoiar a receção e instalação do utente;
- Proceder ao levantamento e registo de bens pessoais do utente e espólio.

3. Procedimento para a Criação, Apresentação, Validação e Monitorização do Plano Individual de Intervenção (PII) do Utente

3.1 Objetivo

Definir as regras de elaboração e monitorização do PII perante a equipa multidisciplinar.

3.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa multidisciplinar da UCP.

3.3 Modo de Proceder

- A Equipa Multidisciplinar (Médica, Enfermeira, Assistente Social, Nutricionista e Fisioterapeuta) reúne e elabora o PII nos primeiros 15 dias após a integração do utente na UCP, os restantes profissionais colaboram sempre que surja a necessidade da sua intervenção.
- Cada área profissional define problemas, objetivos quantificáveis face à situação apresentada pelo utente e às suas potencialidades, e atividades que conduzam ao cumprimento dos objetivos.
- São colocados no PII os problemas, objetivos, prazos e atividades que definam melhorias, reabilitação, manutenção e/ou promoção da autonomia do utente.
- É definido para cada utente um Gestor de Caso (Enfermeiro), que se responsabiliza por ser o elo de ligação com a família ou qualquer outro assunto de interesse do utente, bem como por manter os PII atualizados;
- Após o PII estar concluído é agendado pela Assistente Social em conjunto com a equipe técnica uma reunião com o cuidador responsável e utente (caso seja possível) para apresentar, explicar e validar o PII até aos 15 dias de internamento;
- Os PII são revistos (avaliados e reformulados mediante as necessidades) em conformidade com as avaliações na RNCCI;
- Os PII após avaliação são arquivados no início do processo individualizado de cada utente.

4. Procedimento para Reunião Multidisciplinar e Elaboração de Ata

4.1 Objetivo

Definir as regras de elaboração da ata da reunião multidisciplinar a ser adotadas pelos colaboradores da UCP do CCD.

4.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa multidisciplinar da UCP.

4.3 Modo de Proceder

As reuniões multidisciplinares ocorrem mensalmente, ou sempre que surja necessidade. Após a reunião multidisciplinar, o elemento da equipa a quem compete a elaboração e difusão da ata em 48h úteis é o Enfermeiro/Assistente Social da UCP.

A ata é composta pelos seguintes elementos:

- 1) N° de Ata;
- 2) Data;
- 3) Descrição da Ordem de Trabalhos;
- 4) Duração do tempo previsto e realizado;
- 5) Tomada de Conhecimento e aceitação dos elementos da equipa multidisciplinar presentes na reunião;
- 6) Tomada de Conhecimento do Diretor Técnico;
- 7) Elementos da Equipa Multidisciplinar.

Após a elaboração da ata, esta irá ser publicada na pasta designada **Reuniões Multidisciplinares** na **Pasta Partilhada** de acesso aos profissionais da UCP.

Após publicação da ata, os intervenientes da reunião multidisciplinar dispõe de 5 dias úteis para verificação, contestação e validação dos pontos mencionados na ordem de trabalhos. Neste sentido, a forma de validação é: cada profissional interveniente inserir o seu nome e datar quando tomou conhecimento.

Após todos os intervenientes validarem a ata, a mesma é impressa e encaminhada ao Diretor Técnico da UCP que valida e arquiva.

5. Procedimento de Organização do Processo Individual Utente (PIU)**5.1 Objetivo**

Definir os elementos que compõem o Processo Individual do Utente (PIU).

5.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa multidisciplinar da UCP.

5.3 Modo de Proceder

Toda a informação constante do PIU está ao abrigo do sigilo profissional. Como tal, o seu acesso deve ser restrito aos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados.

A consulta da informação clínica, o seu manuseamento e a sua utilização são da responsabilidade dos técnicos de saúde que integram a equipa envolvida na prestação de cuidados ao utente a que se refere.

Acresce, ainda, que outro profissional de saúde o poderá fazer, tendo para isso a prévia autorização do Médico Responsável pelo utente, bem como do Diretor Clínico.

O Processo Individual do Utente deve manter-se organizado durante todo o processo de internamento. Se o internamento for longo e implicar volumes elevados de documentação, dever-se-á colocar a informação menos recente num envelope devidamente identificado com os dados do utente (vinheta), no respetivo local no suporte de processos.

Após a alta do utente, o PIU é arquivado em local seguro e específico para o efeito, ao qual têm acesso apenas os profissionais autorizados, de acordo com a legislação em vigor.

Fazem parte do PIU:

1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

- ✓ PII
- ✓ Ficha de Identificação do Utente;

2. PROCESSO MÉDICO

- ✓ Notas de Evolução;
- ✓ Diário Clínico;
- ✓ Prescrições Terapêuticas;
- ✓ Termo de Responsabilidade.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

- ✓ Avaliação Inicial de Enfermagem;
- ✓ Avaliação do Utente – Escalas;
- ✓ Plano de Cuidados de Enfermagem.

4. REGISTOS DE ENFERMAGEM

- ✓ Registos de Enfermagem;
- ✓ Notas de Enfermagem;
- ✓ Registo de Terapêutica;
- ✓ Espólio;
- ✓ Registo de Quedas;

5. TRATAMENTOS

- ✓ Registo de Tratamentos de Feridas.

6. PROCESSO DE FISIOTERAPIA

- ✓ Ficha de Avaliação de Fisioterapia;
- ✓ Registos de Fisioterapia.

7. PROCESSO SOCIAL

- ✓ Tomada de Conhecimento;
- ✓ Processo Social;
- ✓ Avaliação Social Inicial;
- ✓ Registo de Avaliações Sociais;
- ✓ Termos de Responsabilidade;
- ✓ Declaração de Consentimento Informado e Termo de Aceitação.

8. OUTRAS ESPECIALIDADES (Psicologia, Terapia Fala, Terapia Ocupacional, Animação Sociocultural, Nutricionista)

9. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICA (MCDT's)

10. MARCAÇÃO DE CONSULTAS/MCDT's

11. PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA/INTERNAMENTO

- ✓ Carta de Alta Multidisciplinar.

6. Procedimento de Higiene e Conforto do Utente

6.1 Objetivo

Definir as regras e orientações de higiene e conforto prestadas aos utentes.

6.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa de Auxiliares de Ação Médica e de Enfermagem.

6.3 Modo de Proceder

▪ Utentes com necessidade de Ajuda Total

Colaborar e recolher material necessário para os cuidados de higiene e conforto;
Colaborar com o Enfermeiro na mobilização do utente durante os cuidados de higiene e conforto;
Colaborar com o Enfermeiro no posicionamento do utente.

▪ Utentes com necessidade de Ajuda Parcial

Preparar o quarto do utente;
Preparar o wc;
Transportar o utente em cadeira de rodas ou acompanhá-lo ao wc, ajudar o utente a vestir e a despir;
Ajudar o utente a instalar-se no wc/chuveiro;
Ajudar o utente durante o banho;
Ajudar o utente a sair do chuveiro;
Ajudar a vestir e calçar o utente se necessário;
Pentear o utente se necessário;
Desfazer a barba ao utente;
Colocar junto do utente o equipamento e roupa necessários para o auto-cuidado (ex: espelho, escova de dentes, máquina de barbear, etc);
Transportar ou apoiar o utente para o quarto;
Fazer a cama.

▪ Utentes Independentes

Preparar o quarto do utente;
Preparar o wc;
Arrumar a casa de banho;
Fazer a cama.

7. Procedimento de Alimentação ao Utente

7.1 Objetivo

Definir os procedimentos da prestação de alimentação aos utentes.

7.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa de Auxiliares de Ação Médica e de Enfermagem.

7.2 Modo de Proceder

▪ Utes com necessidade de Ajuda Total

Colocar o utente na posição mais correta para o alimentar (sentado o mais vertical possível);

Lavar as mãos;

Preparar o tabuleiro com a refeição para alimentar o utente;

Colaborar na alimentação do utente;

Recolher o material após a alimentação do utente (AAM);

Limpar o espaço do utente (AAM).

▪ Utes com necessidade de Ajuda Parcial

Lavar as mãos;

Transportar o material para lavar as mãos (se for o utente a alimentar-se);

Ajudar o utente a lavar as mãos;

Ajudar o utente a instalar-se na cama;

Ajudar o utente a deslocar-se ao refeitório;

Colocar a mesa de refeições em posição adequada;

Preparar o tabuleiro com a refeição;

Descascar e cortar os alimentos (se necessário);

Dar os alimentos à boca (se necessário);

Informar o Enfermeiro, (AAM), se o utente se alimentou bem, senão qual o motivo por ele referido (falta de apetite, não gosta da comida ou outra dificuldade);

Retirar o tabuleiro e a mesa de refeições;

Lavar ou ajudar a lavar os dentes;

Arrumar o tabuleiro e transportá-lo para a copa (AAM);

Limpar a mesa de refeições (AAM).

▪ Utes Independentes

Preparar o tabuleiro com a refeição;

Levar o tabuleiro à mesa do utente;

Estar atento à refeição do utente, para identificar faltas ou dificuldades que requeiram a atuação do Enfermeiro;

Arrumar o tabuleiro e transportá-lo para a copa (AAM);

Limpar a mesa de refeições (AAM).

8. Procedimento de Eliminação
8.1 Objetivo Definir os procedimentos relativos à eliminação.
8.2 Campo de Aplicação Aplica-se à equipa de Auxiliares de Ação Médica e de Enfermagem.
8.3 Modo de Proceder <ul style="list-style-type: none">▪ Calçar luvas de proteção;▪ Respeitar o pudor e a privacidade do utente;▪ Colocar e retirar arrastadeiras e urinóis aos utentes que necessitem, com indicação do Enfermeiro, observando as características das eliminações e procedendo ao respetivo despejo;▪ Ajudar o Enfermeiro a colocar e a retirar a arrastadeira nos utentes em que se justificar a intervenção do Enfermeiro;▪ Transportar e inutilizar sacos de drenagem depois de confirmar junto do Enfermeiro que este já efetuou a respetiva avaliação do conteúdo (volume e características);▪ Lavar e desinfetar as arrastadeiras e urinóis;▪ Retirar as luvas e lavar as mãos;▪ Providenciar a lavagem das mãos do utente após utilização da arrastadeira;▪ Lavar e secar a pele corretamente;▪ Aplicar creme barreira ou hidratante sempre que se identifique necessidade.

9. Procedimento de Mobilidade e Transporte
9.1 Objetivo Definir as regras de mobilidade e transporte de utentes.
9.2 Campo de Aplicação Aplica-se à equipa de Auxiliares de Ação Médica e de Enfermagem.
9.3 Modo de Proceder <ul style="list-style-type: none">▪ Utente com necessidade de Ajuda Total Colaborar com o Enfermeiro no levantar do utente para o cadeirão; Colaborar com o Enfermeiro na passagem do utente para a maca; Transportar o utente em maca ou cama; Colaborar com o Enfermeiro na vigilância de utentes agitados e imobilizados; Colaborar com o Enfermeiro no posicionamento do utente. ▪ Utente com necessidade de Ajuda Parcial Colaborar com o Enfermeiro na transferência da cama para a cadeira de rodas ou outro tipo de cadeira; Vestir e calçar o utente se necessário; Transportar o utente em cadeira de rodas a consultas, exames complementares de diagnóstico, tendo o cuidado de verificar se o utente se encontra devidamente apresentável (ex: penteado, protegido com roupão); Ajudar o utente a deitar-se e a encontrar uma posição confortável:<ul style="list-style-type: none">a) Erguendo ou baixando a cabeceira caso não existam contra-indicações;b) Esticando a roupa da cama;c) Colocando mais almofadas.Colaborar com o Enfermeiro no posicionamento do utente. ▪ Utente que Deambula Providenciar a higiene e conforto das instalações; Providenciar a inexistência de barreiras arquitetónicas; Acompanhar o utente se necessário; Aproximar do utente os equipamentos e objetos que necessite; Acompanhar o utente a pé para efetuar exames ou consultas.

10. Procedimento de Utilização de Escalas de Dor
10.1 Objetivo Definir a metodologia para utilização de escalas da dor
10.2 Campo de Aplicação Aplica-se ao Enfermeiro responsável de turno.
10.3 Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Controlo da dor.
10.4 Modo de Proceder <ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetuar avaliação da dor em todos os utentes internados uma vez por turno com o uso da Escala das Faces e/ou Numérica; ▪ A escolha da Escala a aplicar depende do estado de orientação auto psíquica do utente; ▪ O registo da intensidade e local da dor é registado nos “Registos de Enfermagem”, na 1ª página; ▪ 30 min. a 1h após intervenção, farmacológica ou não, para o alívio da dor é avaliado novamente o nível da dor pelo enfermeiro, com a mesma escala usada inicialmente; ▪ Os registos da reavaliação são efetuados em “Notas de Enfermagem” ; ▪ Em caso de ausência de prescrição farmacológica de analgesia ou ineficácia da mesma é contactada clinica responsável para nova prescrição.

11. Procedimento de Registo fotográfico de UP
11.1 Objetivo Documentar fotograficamente todas as UP, arquivando-as na Pasta Partilhada da UCC do CCD, em arquivo informático na Pasta Enfermagem/Pasta Registo Fotográfico UP com o nome do utente data e localização das mesmas.
11.2 Campo de Aplicação Aplica-se ao Enfermeiro responsável de turno.
11.3 Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentar toda a evolução cicatricial da UP's.
11.4 Modo de Proceder <ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetuar registo fotográfico de todas as UP's com que o utente dá entrada na UCC do CCD, nos primeiros cuidados de higiene que lhe forem facultados; ▪ Proceder ao registo fotográfico aquando do aparecimento de nova UP ou recidiva; ▪ Proceder ao registo fotográfico 15/15 dias e sempre que se justifique (alterações súbitas, ou melhoria/agravamento franco); ▪ Arquivar fotografias em arquivo informático na Pasta Enfermagem/Pasta Registo Fotográfico UP com o nome do utente data e localização das mesmas.
11.4.1 Cabe à Enfermeira Responsável de turno: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar se aquando da realização do penso, segundo esquema estabelecido de tratamento, se se está presente da data de novo registo fotográfico; ▪ Proceder ao registo fotográfico definido, e arquivar adequadamente.

12. Procedimento relativo às Quedas
12.1 Objetivo Definir o procedimento de atuação face às quedas.
12.2 Campo de Aplicação Aplica-se ao Enfermeiro responsável de serviço.
12.3 Modo de Proceder Todo o utente pode ser alvo de um ou mais episódios de queda. Sempre que suceder um episódio de queda no internamento da UCP, a Enfermeira de serviço deve verificar quais as intervenções de enfermagem a executar de imediato. Após este procedimento, deve preencher o impresso relativo às quedas. Neste impresso apenas se menciona uma única causa do facto ocorrido associando o grau de lesão que o utente foi alvo. Identificar o impresso com o nome do utente, datar e assinar e incluir no Processo Individual do Utente. Independentemente da causa todo o episódio de queda deverá ser reportado à Direção Técnica.

13. Procedimento de Higiene e Arranjo do Quarto do Utente**13.1 Objetivo**

Definir as regras de higiene e arranjo do quarto do utente.

13.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa de Auxiliares de Ação Médica.

13.2 Modo de Proceder

Do quarto do utente faz parte a cama, mesinha de cabeceira, mesa de refeições, cadeirão de relax, armário e seus objetos pessoais. Esta deve ser limpa e arrumada diariamente e sempre que necessário. Além da limpeza do quarto propriamente dita, é necessário arrumar e desinfetá-lo com e sem o utente.

Desinfecção do Quarto com o Utente:

- Colocar dispositivos de proteção: avental e luvas descartáveis;
- Lavar as mãos antes e no fim de iniciar qualquer atividade, mesmo quando se calçam luvas;
- Verificar se o carro onde é transportada a roupa limpa está limpo, arrumado e com todo o material necessário;
- Arejar o quarto, verificar se não existem perto do utente, arrastadeiras ou urinóis que devem ser limpos e arrumados em local próprio;
- Retirar a roupa da cama, cuidadosamente sem sacudir para que não haja propagação de microrganismos;
- Separar roupa suja por categorias e em sacos próprios e diferentes (Saco amarelo para a roupa suja e saco vermelho para a roupa contaminada com matéria biológica, como por ex: sangue e exsudado de feridas);
- Armazenar os sacos das roupas sujas na sala de sujos e transportar para a lavandaria no final de cada turno;
- Recolher o lixo em saco apropriado;
- Limpar o mobiliário com pano próprio, humedecido com detergente desinfetante;
- Limpar o mobiliário de cima para baixo e começando pelo mais limpo;
- Aspirar o chão ou passar mopa seca;
- Lavar o chão com detergente usando a técnica de duplo balde;
- Arrumar e organizar o quarto do utente de modo a que fique com um aspeto agradável e personalizado.

Desinfecção do Quarto sem o Utente

- Sempre que um utente sai, o quarto deve ser limpo e desinfetado;
- Colocar dispositivos individuais de proteção (avental e luvas descartáveis);
- Retirar toda a roupa, lixo e objetos que estiveram em contato com o utente;
- Lavar e desinfetar todos os objetos que fazem parte do quarto do utente;
- Limpar: o teto, paredes, portas, janelas e vidros;
- Limpar e desinfetar o mobiliário, por dentro e por fora;
- Limpar e desinfetar a cama incluindo as grades, estrado do colchão e o colchão;
- Substituir o colchão se a cobertura impermeável estiver danificada;
- Aspirar o chão ou passar mopa seca;
- Lavar o chão com detergente usando a técnica de duplo balde;
- Arrumar e organizar o quarto do utente de modo a que fique com um aspeto agradável e personalizado;

- Colocar sacos nos recipientes do lixo;
- Colocar toalhetes de papel das mãos, papel higiénico e gel das mãos.

14. Procedimento do Circuito de Roupas

12.1 Objetivo

Definir as regras de circulação de roupa limpa e suja.

12.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa de Auxiliares de Ação Médica e Auxiliares de Serviços Gerais.

12.3 Modo de Proceder

Roupa Suja

- A roupa suja, exceto a contaminada (que deverá ser transportada logo de imediato), depois de acondicionada em sacos próprios e inserida em carro de transporte de roupas, deverá ser colocada na sala de sujos até ao final das higienes dos utentes, no período da manhã.
- O transporte até à lavandaria tem que ocorrer pelo corredor da Unidade de Cuidados Continuados de Media Duração, utilizando a porta de acesso ao corredor exterior do piso 1, que permite o acesso ao elevador de serviço. No piso 2, deverá percorrer o corredor exterior que encaminhará à lavandaria.
- Na lavandaria a roupa terá que ser separada, lavada e desinfetada por categorias de contaminação.

Roupa Limpa

- A roupa limpa, depois de lavada e engomada deverá ser colocada nos carros de transporte próprios para o efeito.
- Deverá ser transportada da lavandaria no piso 2, através do corredor exterior que encaminhará ao elevador de serviço. No piso 1, deverá percorrer o corredor exterior que dá acesso à Unidade de Cuidados Continuados de Media Duração e acondicionado na sala de roupa limpa que se encontra na Unidade de Longa Duração.
- As Auxiliares de Ação Médica deverão dirigir-se à lavandaria no final do turno da manhã para recolher a roupa limpa.

15. Procedimento do Circuito de Resíduos**15.1 Objetivo**

Definir as regras de circulação de Resíduos.

15.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa de Auxiliares de Ação Médica e Auxiliares de Serviços Gerais.

15.3 Modo de Proceder

- Os resíduos deverão ser triados, separados e acondicionados conforme indicação regulamentada e que se encontra afixada na sala de sujos e na sala de preparação de medicação;
- Nos contentores amarelos só poderão ser colocados materiais corto-perfurantes (por ex: bisturis e agulhas), e quando atingido o limite máximo da capacidade, deverão ser fechados. Todos os demais materiais contaminados (por ex: material de penso) tem que ser colocados em sacos plásticos brancos e posteriormente fechados com “abraçadeira” plástica e colocados no contentor verde, dentro do saco plástico transparente próprio fornecido pela empresa de tratamento de resíduos. Os sacos coletores de urina deverão ser esvaziados e só depois colocados em saco branco. O lixo doméstico (como por ex: papel das mãos, invólucros dos campos de pensos, compressas e seringas) deverá ser colocado em saco preto e depositado no ecoponto que se encontra no exterior do edifício, bem como os frascos de medicação;
- Quando os contentores estiverem repletos, deverá ser colocado na sala de recolha de resíduos Biológicos que se encontra no piso 0.
- O transporte até à sala de recolha de resíduos, deverá ser realizado pelo corredor da Unidade de Cuidados Continuados de Media Duração utilizando a porta de acesso ao corredor exterior do piso 1, que permite o acesso ao elevador de serviço.

16. Procedimento de Atuação face a Acidentes/Incidentes**16.1 Objetivo**

Definir as regras de atuação face a uma situação de acidente/incidente com utentes envolvidos.

16.2 Campo de Aplicação

Aplica-se a todos os colaboradores que mantêm intervenção direta com os utentes.

16.3 Modo de Proceder

Todo o utente pode ser alvo de um de um acidente/incidente no decorrer do internamento. Sempre que suceder um episódio no internamento da UCP, a Enfermeira de serviço deve apurar de imediato as causas para tal facto ter ocorrido e prestar assistência de enfermagem, ou remeter para assistência médica, caso haja necessidade. Posteriormente devem reunir todos os intervenientes da situação ocorrida e juntamente com o Diretor Técnico da UCP se tomar todas as diligências que daí advierem. Deve ser preenchido o Registo de Acidentes/Incidentes, com as seguintes informações:

- Dados de identificação;
- Outros envolvidos;
- Medidas tomadas ou a serem tomadas face ao ocorrido;

Manual de Procedimentos da UCP

- Categoria do incidente (selecionar opção);
- Colaboradores atingidos ou envolvidos;
- Fonte da informação;
- Assinaturas;
- Avaliação da Ocorrência;
- Antecedentes;
- Comportamentos;
- Medidas tomadas ou a serem tomadas face ao ocorrido.

17. Procedimento de Atuação face a Situação de Identificação de Maus-Tratos

17.1 Objetivo

Definir as regras de atuação face a uma situação de identificação de situações de abuso, maus-tratos e/ou negligência.

17.2 Campo de Aplicação

Aplica-se a todos os colaboradores que mantêm intervenção direta com os utentes.

17.3 Tomada de Informação e Conhecimento

A violência é considerada um problema público, que exige a intervenção e a denúncia dos vários profissionais que possam ter conhecimento da situação.

Para atuar, é necessário conhecer os diferentes tipos de abusos:

Tipos de Abuso

- **Abuso físico** - Uso da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. Punições físicas de qualquer tipo.
- **Abuso sexual** - Contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo.
- **Abuso emocional ou psicológico** - Infligir angústia, dor ou aflição.
- **Exploração material ou financeira** - Uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso.
- **Abandono** - A deserção de uma pessoa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados.
- **Negligência** - Recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres.
- **Auto-negligência** - Comportamentos de uma pessoa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. Estão excluídas situações nas quais uma pessoa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança. Ex: não tomar a medicação/ abusar da medicação, não se alimentar.

17.4 Modo de Proceder

De modo a prevenir e a capacitar os profissionais na perspetiva de identificação, prevenção e intervenção em situações de maus-tratos e negligência, a instituição irá promover/ministrar ações de formação aos seus colaboradores, de forma a sensibilizar para a problemática e instruí-los dos procedimentos de atuação em caso de eventual ocorrência.

17.4.1 Quando é detetado situação de negligência/maltrato ao utente pelo cuidador responsável:

- Sempre que seja detetado situações negligência, abusos, maus-tratos e

discriminação do utente, por parte do responsável do utente, todos os colaboradores devem remeter e informar o Diretor Técnico, que por sua vez avaliará a situação em causa, juntamente com os técnicos da área social (Assistente Social e Psicólogo);

- Os técnicos da área social auscultarão as partes envolvidas, prestarão apoio e tomarão diligências no sentido de remeter e/ou sinalizar para as entidades/instituições competentes que prestam apoio especializado na problemática da violência;
- Mediante a gravidade da situação, deverão ser acionados os meios legais ao dispor, para salvaguardar a segurança e a integridade do utente (Autoridades Policiais);
- A ocorrência será sinalizada ainda para os Serviços de Saúde e Segurança Social;
- Todos os colaboradores envolvidos prestarão informações aos técnicos da área social que registarão toda a informação na ***Ficha de Ocorrência em Situação de Maus Tratos***.
- Deve ser informada a ECL de todas as diligências neste âmbito.

17.4.2 Quando é detetado situação de negligência/maltrato ao utente pelo colaborador da Instituição:

- Sempre que seja detetado uma situação de negligência e/ou maltrato de um utente por parte de um colaborador, o responsável da instituição, nomeadamente o Diretor Técnico, deverá auscultar as partes envolvidas, de forma, a que os direitos do utente não sejam postos em causa;
- Perante esta ocorrência serão acionados os mecanismos de acordo com cada situação e abertura de processo disciplinar ou reencaminhamento da situação para as entidades competentes (Autoridades Policiais).

18. Procedimento em Situação de Óbito**18.1 Objetivo**

Definir a metodologia para tratar (manipulação e encaminhamento do corpo) o óbito tendo em conta a prevenção da transmissão de infeção para outros utentes e a prevenção da contaminação dos colaboradores que lidam com o cadáver.

18.2 Campo de Aplicação

Aplica-se ao Enfermeiro responsável de turno e Auxiliar de Ação Médica que se encontrem em contacto direto com o óbito.

18.3 Modo de Proceder**▪ Verificação do Óbito:**

Aquando da ocorrência de um óbito na UCP deve ser contactado o médico assistente do respetivo utente ou o médico que estiver de serviço.

▪ Preenchimento da Certidão de Óbito:

Cabe ao clínico responsável pela verificação do óbito a decisão de pedir ou não autópsia – conhecida causa de morte ou não.

Deve ficar uma cópia da certidão no processo clínico do utente.

▪ Comunicação do Óbito ao Cuidador Responsável/Familiar:

Assim que seja verificado o óbito e passada a respetiva certidão de óbito, deve o enfermeiro responsável comunicar o mesmo ao cuidador responsável pelo utente designado no processo. Caso o responsável não exija ser contactado no momento do óbito e este ocorra a partir das 22h, o familiar será contactado às 8h do dia seguinte.

No caso de **não haver cuidador responsável designado**, contacta-se a PSP da área da UCP (258 809 880) para que o corpo possa ser transferido para o Instituto de Medicina Legal. Cabe à PSP contactar o procurador do Ministério Público.

No caso de **recusa ou impossibilidade do cuidador responsável designado assumir os procedimentos relativos ao funeral**, contacta-se a PSP da área da UCP (258 809 880) para que o corpo possa ser transferido para o Instituto de Medicina Legal. Cabe à PSP contactar o procurador do Ministério Público.

(Dec. Lei nº 411/98 de 30 de Dezembro, artº 5)

▪ Cuidados com o Cadáver:

Os cuidados pós-morte iniciam-se com a higiene do cadáver antes da sua remoção. Durante todo este processo devem ser cumpridas as precauções básicas.

Todas as feridas e orifícios naturais devem ser preenchidos com material absorvente e ligados de modo a garantir a contenção dos líquidos orgânicos e colocada fralda de proteção. Devem ser também retirados todos os dispositivos médicos invasivos.

O Enfermeiro responsável irá verificar se o cadáver possui pulseira de identificação, em caso de não ter, deve-se coloca-la no pulso do cadáver.

O cadáver deve ser inserido num saco próprio, de acordo com a legislação em vigor, e este deve ser identificado com etiqueta.

Todos os equipamentos de proteção utilizados na preparação do cadáver são de risco biológico, e como tal devem ser colocados em saco branco.

▪ Transporte do Cadáver:

Manual de Procedimentos da UCP

Deverá ser feito numa maca destinada apenas para este efeito, que se encontra na morgue.

O colaborador responsável pelo transporte do cadáver é a Auxiliar de Ação Médica.

Nesta sala o cadáver só começa a ser preparado aquando da chegada da Agência Funerária e pelos funcionários da própria agência.

Na morgue o corpo deve ser tratado (limpo e vestido) para poder ser visto pelos familiares.

Todos os resíduos utilizados no manuseamento do cadáver, incluindo o saco de transporte serão considerados de risco biológico e como tal devem ser colocados em saco branco.

▪ **Desinfecção de Superfícies:**

As superfícies contaminadas devem ser limpas e desinfetadas entre procedimentos. O desinfetante utilizado é o estipulado pelas normas de higiene e desinfecção de espaços.

▪ **Registo:**

Cada serviço da UCP possui um “Livro de Óbitos” a ser preenchido pelo enfermeiro responsável de turno em que ocorra o óbito. O livro de óbitos deve constar as seguintes informações: nome completo da/o utente, idade, nº SNS, data e hora de óbito, nome do profissional que passa o certificado de óbito, nome do familiar contactado, grau de parentesco e entrega de espólio.

▪ **Documentação:**

A certidão de óbito (quando passada manualmente) e guia de transporte (certidão de óbito passada informaticamente) deverá ser entregue ao colaborador da agência funerária aquando do levantamento do corpo e apenas nessa altura. Deverá ficar uma cópia da certidão no processo clínico do utente.

▪ **Intervenção do Técnico Superior de Serviço Social e da Psicóloga:**

Prestar apoio psicológico e emocional de imediato à família;

Apoiar no luto;

Garantir apoio social, se necessário.

19. Procedimento da Alta do Utente**19.1 Objetivo Geral**

Realizar uma série de atividades que ocorrem quando o utente se encontra estabilizado, com o maior número de faculdades possíveis, e preparado para voltar ao domicílio e/ou resposta de apoio sem necessidade de cuidados de enfermagem 24h, fisioterapia de manutenção ou reabilitação, vigilância médica regular, assim como de apoio social.

Objetivos Específicos

- Proporcionar informação básica ao utente/cuidador responsável para entregar ao médico de família, enfermeiro de família, assistente social, fisioterapeuta e outros técnicos que assim se justifique;
- Fornecer informação sobre evolução do utente durante o internamento ao utente/cuidador responsável.

19.2 Campo de Aplicação

Aplica-se à equipa multidisciplinar e Diretor Técnico.

19.3 Modo de Proceder**Cabe à Equipa Multidisciplinar:**

- Reunir com o utente/cuidador responsável com antecedência mínima de 15 dias antes da alta, com o objetivo de verificar eventuais necessidades e planear ensinos para prestação de cuidados, se aplicável.
- Efetuar carta multidisciplinar com antecedência de 72h da data de alta prevista;
- Informar a Equipa Coordenadora Local (ECL) sobre a data de alta prevista do utente com 48h a 72h de antecedência, enviando carta multidisciplinar.

19.4 Cabe ao Serviço Social:

- Assegurar que o utente será reintegrado na sociedade na melhor perspetiva possível mediante as possibilidades socio-económicas, familiares, e face à doença;
- Demonstrar disponibilidade para ajudar a reinserção o utente na sociedade nos primeiros tempos e sempre que necessário;
- Providenciar todos os meios de apoio necessários ao utente/cuidador responsável.

19.5 Cabe à Enfermeira Responsável do Utente:

- Efetuar carta de alta de enfermagem no campo correspondente da Carta de Alta Multidisciplinar – Mod. 53;
- Recolher todos os documentos que se encontrem na posse da unidade que possam ser fundamentais para o utente (cartões com marcações de consultas, exames trazidos pelo utente durante o internamento);
- Proceder ao anulamento de transportes solicitados para consultas ou outros;
- Esclarecer todas as dúvidas com utente/cuidador responsável face à alta.

19.6 Cabe à Enfermeira Responsável de turno:

- Arquivar todo o processo do utente de acordo com o índice do PIU do mesmo e por ordem cronológica;
- Verificar se não ficam documentos importantes que sejam da posse do mesmo em arquivo;

- Proceder à entrega de todos os documentos deixados pelo Enfermeiro Responsável;
- Esclarecer qualquer dúvida que persista no momento da alta;
- Efetuar registo na rede Gestcare após alta efetiva do utente no item “Notas de Enfermagem”.

19.7 Cabe ao Diretor Técnico:

- Confirmar se toda a Carta Multidisciplinar tem todos os campos preenchidos;
- Proceder ao envio da Carta Multidisciplinar com 48h a 72h de antecedência à ECL;
- Efetuar registo na rede Gestcare após alta efetiva do utente no item “Nota de Alta”.

19.8 Cabe ao Auxiliar de Ação Médica:

Fazer a recolha de bens/espólio do utente, confirmar com utente/cuidador responsável, e solicitar que assinem o documento que comprova o levantamento dos bens/espólio.

- A auxiliar de ação médica em colaboração com o Enfermeiro deve conferir com os familiares/cuidador responsável todo o espólio inicial registado, bem como, providenciar a entrega das roupas que se encontrem na lavandaria;
- A Assistente Social irá verificar se os familiares e utente procederam ao preenchimento dos questionários de avaliação da satisfação face ao internamento;
- Deve o Enfermeiro verificar se a carta de alta está completa e fazer a impressão entregando em mão ao responsável do utente no momento da alta;
- Toda a equipa presente na UCP deve despedir-se do utente e familiares.

20. Procedimento de Tratamento de Sugestões/Reclamações

20.1 Objetivo

Definir o procedimento a adotar para o tratamento das reclamações e sugestões em relação aos serviços prestados pela UCP.

20.2 Campo de Aplicação

Aplica-se ao Assistente Social e Diretor Técnico da UCP a receção das sugestões e reclamações e à sua análise e resolução. Aplica-se ainda à Direção da Instituição a informação das mesmas.

20.3 Modo de Proceder

▪ Ocorrência de Sugestões

- A UCP do CCD recolhe e promove a formalização de sugestões de qualquer utente, familiares de utentes e visitantes em geral. O objetivo é que todas as sugestões sejam tratadas com a devida importância, na perspectiva de se tratarem de oportunidades de melhoria, tendo em vista a maximização da qualidade dos serviços prestados.
- As sugestões terão preferencialmente a forma de exposição através do registo em impresso disponível na Caixa de Sugestões no balcão da receção da instituição ou em Carta/ofício (entregue em mão, via CTT, Fax ou email).
- O Assistente Social é o responsável pela receção das sugestões e pelo seu registo no impresso Registo Anual de Sugestões.
- No dia útil seguinte ao da receção da sugestão, a mesma deverá ser encaminhada para o Diretor Técnico que analisa a procedência da sugestão e remete à Direção da Instituição.

▪ Apreciações

- Para apreciações à equipe técnica e colaboradores da UCP, o utente e/ou responsável do utente tem a possibilidade de registar a sua mensagem no Livro de Louvores, que se encontra na receção da Instituição.

▪ Tratamento das Reclamações

- Após a receção de uma reclamação, a mesma será analisada no sentido de resolver o problema de imediato, se for possível, ou de acordar com o utente/cuidador responsável uma resolução posterior;
- Se o utente pretender registar a reclamação no Livro de Reclamações, deve ser facultado o livro e comunicar à Direção que procederá de acordo com a legislação em vigor;
- As demais reclamações são comunicadas ao Assistente Social pelo Utente/familiares/cuidador que de imediato comunica verbalmente e por escrito ao Diretor Técnico e em conjunto averigam a situação e acionam medidas corretivas;
- Todas as reclamações são analisadas no sentido de serem identificadas as suas causas e serem implementadas, sempre que aplicável, as ações corretivas que impeçam a sua repetição;
- O Assistente Social mantém um registo atualizado das reclamações recebidas no Registo Anual de Reclamações.

21. Procedimento de Avaliação da Satisfação do Utente e Familiares

21.1 Objetivo

Definir o procedimento a adotar para a avaliação da satisfação em relação aos serviços prestados, durante o período de internamento na UCP.

21.2 Campo de Aplicação

Aplica-se ao Assistente Social a apresentação e explicação dos questionários de avaliação ao utente e familiares.

21.3 Modo de Proceder

▪ Avaliação da Satisfação do Utente e Familiares

Na aproximação do *final de cada período de internamento*, é entregue pelo Serviço Social, a cada utente um Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação do Utente Internado, solicitando que o mesmo seja preenchido pelo próprio ou pelo seu cuidador responsável. É ainda entregue um Questionário de Avaliação da Satisfação dos Familiares, que será o cuidador do utente responsável também pelo preenchimento e entrega.

Depois de entregue ao Assistente Social (AS) é realizada uma primeira análise a todos os questionários preenchidos no sentido de identificar sugestões ou indicadores de insatisfação que justifiquem uma atuação imediata. Nesta situação, o Assistente Social articula imediatamente com o Diretor Técnico que por sua vez informará a Direção da Instituição. *Anualmente (Novembro de cada ano)* é realizado o tratamento estatístico dos questionários e implementadas ações de melhoria identificadas, bem como, *divulgados e afixados os resultados, no mês subsequente, em Dezembro.*

Os familiares também possuem como forma de expressão o livro de louvores que se encontra na receção da instituição.

22. Procedimento de Avaliação da Satisfação dos Colaboradores

22.1 Objetivo

Definir o procedimento a adotar para a avaliação da satisfação dos colaboradores.

22.2 Campo de Aplicação

Aplica-se ao Diretor Técnico a apresentação e explicação dos questionários de avaliação perante todos os colaboradores da instituição.

22.3 Modo de Proceder

▪ Avaliação da Satisfação dos Colaboradores

Anualmente é entregue e explicado pelo Diretor Técnico da Instituição o Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação do Colaborador.

Após a receção dos mesmos, serão analisados e identificados os principais motivos de satisfação/insatisfação. Os mesmos serão enumerados, comunicados e enviados à Direção da Instituição, pelo Diretor Técnico de forma a se poder responder às necessidades dos colaboradores.

A aplicação de questionários de satisfação dos colaboradores será realizada durante o mês de outubro, o tratamento dos dados durante o mês de novembro e divulgados até 15 de dezembro.

APÊNDICE 57

**Elaboração do Procedimento de Prevenção da
Síndrome de Burnout nos Profissionais**

Atividade N.º 14	
Ação	Elaboração do Procedimento de Prevenção da Síndrome de Burnout nos Profissionais
Fundamentação	<p>O Burnout é um estado de exaustão física, emocional e mental como consequência do contato muito próximo com o sofrimento e o processo de morrer, levando a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso, compreendendo três aspetos importantes: exaustão emocional; despersonalização; baixa realização profissional (Barbosa e Neto, 2010).</p> <p>Manifesta-se através de variada sintomatologia, e a sua identificação é organizada e agrupada de várias formas, mediante os autores.</p> <p>Com origem no stress e vivido pelos profissionais de saúde, implica secundariamente diminuição da produtividade, aumento do absentismo, dos acidentes de trabalho, dos erros de desempenho, com a invalidez, a morte prematura e os problemas familiares. É por isso de extrema importância prevenir o seu aparecimento.</p>
Objetivos	Negociar com a Equipa Multidisciplinar atividades a desenvolver para a prevenção da Síndrome de Burnout.
Estratégias	Sugerir as atividades a realizar para a prevenção da Síndrome de Burnout discutido em reunião com a Equipa Multidisciplinar.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Equipa Multidisciplinar da UCP;
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das atividades a desenvolver para a prevenção da Síndrome de Burnout; • Implementação das atividades para a prevenção da Síndrome de Burnout.

APÊNDICE 58

**Elaboração de Documentação para a
Prestação de Cuidados**

Atividade N.º 12	
Ação	Elaboração de Documentação para a Prestação de Cuidados
Fundamentação	Nesta Unidade de Cuidados Paliativos pretendemos ter em conta a garantia da qualidade, a efetividade e eficiência, a adaptação às necessidades, a garantia da igualdade e acessibilidade. Neste sentido, pretendemos que nesta unidade existam protocolos, procedimento e manuais de forma a garantir a qualidade e segurança.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que todos os indicadores de saúde e qualidade de vida sejam avaliados; • Permitir uma objetiva análise dos resultados obtidos; • Permitir fácil consulta e análise das normas da Unidade e • Permitir fácil consulta e análise das funções dos elementos da equipe multidisciplinar e restantes colaboradores da Instituição; • Permitir partilhar informação; • Adaptar e realizar protocolos que facilitem e agilizem a prestação de cuidados
Estratégias	Elaborar documentos para uma fácil, objetiva e completa análise e consulta do Processo Individual do Doente e da Unidade.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando.
Avaliação	Avaliar a pertinência e objetividade dos documentos elaborados.

APÊNDICE 59

Regulamento Interno

Regulamento Interno



Centro Comunitário de Darque

Unidade de Cuidados Paliativos



CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º

Denominação e Natureza

1. A Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) do Centro Comunitário de Darque (CCD) está integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e visa prestar cuidados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, independentemente da idade, no âmbito da tipologia de média duração e reabilitação.
2. A UCP constitui uma resposta do Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque, com autonomia técnica e administrativa, mas sem personalidade jurídica e autónoma.
3. A UCP exerce a sua atividade em articulação com outros serviços, setores e organismos que integram a rede, no âmbito do Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho e da Portaria 1087-A/2007, e do Acordo estabelecido com a Administração Regional de Saúde do Norte e o Centro Distrital de Segurança Social de Viana do Castelo (CDSSVC).
4. O Acordo entre a ARS, ISS, I.P. e o CPPSCD foi celebrado a ____/____/____.

Artigo 2º

Missão, Visão e Valores

1. A UCP tem como missão receber, apoiar e garantir os direitos e necessidades dos indivíduos da comunidade envolvente, de forma integral e personalizada. Contribuir para o bem-estar dos nossos doentes/família, através de um conjunto de serviços prestados com excelência e qualidade, proporcionando-lhes deste modo uma melhor qualidade de vida.
2. A UCP tem como visão ser reconhecida como uma Unidade de referência e preocupada na implementação de políticas e práticas de solidariedade, fortemente implicada com os agentes sociais, económicos e culturais e reconhecida como parceiro fundamental para o desenvolvimento regional ao nível da saúde e social.
3. A instituição distingue-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade humana; responsabilidade social; ética, profissionalismo e rigor; confidencialidade e imparcialidade; solidariedade; justiça e equidade; trabalho em equipa e entreajuda; qualidade; prioridade aos mais vulneráveis; honestidade e comprometimento com a comunidade.

Artigo 3º

Objetivos

1. Constitui objetivo global da UCP a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.
2. Constituem objetivos específicos da UCP:
 - a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos;
 - b) O apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
 - c) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados paliativos;
 - d) O apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos;
 - e) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
 - f) O acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em todo o território nacional;
 - g) A manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida;
 - h) A antecipação das necessidades e planeamento das respostas em matéria de cuidados paliativos.

Artigo 4º

Cuidados e Serviços a Prestar aos Utentes

A Unidade de Cuidados Paliativos assegura:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;

- g) Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
- h) Atividades de manutenção;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Convívio e lazer.

CAPÍTULO II ORGÃOS E ESTRUTURA

SECÇÃO I ORGÃOS E ESTRUTURA EM GERAL

Artigo 5º

Enumeração e Natureza dos Órgãos

1. A UCP têm os seguintes órgãos:
 - a) Direção do Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque (CPPSCD);
 - b) Direção Técnica;
2. As responsabilidades atribuídas aos dirigentes da UCP é as previstas na legislação aplicável e as que a Direção do CPPSCD lhes atribuir.

Artigo 6º

Competências e Responsabilidades da Direção do CPPSCD

1. Compete à Direção:
 - a) Validar as normas de funcionamento da Unidade;
 - b) Supervisionar as atividades da Direção Técnica;
 - c) Zelar pela execução das deliberações da Direção da Instituição;
 - d) Preparar os planos de atividades anuais da UCP e respetivos orçamentos, submete-los à sua aprovação e acompanhar a sua execução, detetando eventuais desvios.
2. Em matéria de despesa, é competência específica da Direção, autorizar todas as despesas de conservação e reparação das instalações e equipamentos que sejam indispensáveis ao normal e conveniente funcionamento da UCP.

Artigo 7º

Competências do Diretor Técnico

1. A Direção Técnica da Unidade de Cuidados Paliativos é assegurada pelo Diretor Técnico do CCD pertencente ao CPPSCD.
2. Compete à Direção Técnica assegurar a gestão da atividade da Unidade de Cuidados Paliativos na sua globalidade, sendo responsável nomeadamente por:
 - a) Promover a melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados, coordenando o planeamento e a avaliação de processos, resultados e satisfação quanto à atividade da Unidade;
 - b) Estabelecer o modelo de gestão técnica adequado ao bom funcionamento da Unidade;
 - c) Coordenar e prestar supervisão aos vários elementos dos recursos humanos, designadamente através de reuniões técnicas;
 - d) Definir as funções e responsabilidades de cada profissional, bem como, as respetivas substituições em caso de ausência;
 - e) Implementar um programa de formação adequado à Unidade e facultar o acesso de todos os profissionais à frequência de ações de formação, inicial e contínua, bem como desenvolver um programa de integração dos profissionais em início de funções na Unidade.
3. Exercer as demais competências que lhe sejam delegadas pela Direção do CPPSCD.

Artigo 8º

Competências do Diretor Clínico

1. Compete ao Diretor Clínico coordenar toda a assistência prestada aos utentes;
2. Estabelecer e acompanhar a implementação do Plano Individual de Intervenção para cada utente durante o período de internamento;
3. Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre a ação médica e a ação da equipa multidisciplinar, de forma a alcançar os objetivos definidos;
4. Garantir a organização do processo clínico e individual do utente e o registo de toda a informação clínica;
5. Promover os princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica.

Artigo 9º***Competências do Enfermeiro Responsável***

1. Compete ao enfermeiro responsável, orientar e coordenar tecnicamente a atividade dos profissionais de enfermagem e auxiliares de ação médica da UCP, zelando pela qualidade dos cuidados prestados na Unidade;
2. Para efeito do disposto no número anterior, cabe ao enfermeiro responsável tomar todas as medidas no sentido de:
 - a) Garantir e acompanhar a implementação do plano individual de intervenção para cada utente durante o período de internamento, assim como, as avaliações e registos necessários à evolução do processo clínico;
 - b) Compatibilizar, do ponto de vista técnico e em articulação com a Direção Técnica e a equipa multidisciplinar, os planos individuais de intervenção apresentados pela Unidade envolvida na prestação de serviços e no seguimento das avaliações periódicas;
 - c) Participar na integração de novos colaboradores e na avaliação de desempenho;
 - d) Promover a formação em exercício, atualização e valorização profissional do pessoal de enfermagem e ação médica;
 - e) Promover a humanização dos cuidados prestados e a otimização das melhores condições de funcionamento na Unidade, propondo superiormente as ações corretivas e de melhoria contínua consideradas necessárias;
 - f) Incentivar a adoção de medidas que garantam a segurança dos utentes, colaboradores e público em geral e estimular atitudes e comportamentos do pessoal que contribuam para a minimização do risco clínico e não clínico;
 - g) Desenvolver e incentivar um clima de trabalho em equipa e de co-responsabilização pelos resultados, promovendo para o efeito reuniões periódicas de avaliação da qualidade dos cuidados;
 - h) Acompanhar e avaliar sistematicamente o exercício da atividade de enfermagem, zelando pela observância dos princípios da eficácia, eficiência e da qualidade técnica;
3. O enfermeiro responsável de turno responde perante o Diretor Técnico e Direção pela qualidade dos cuidados prestados e pela utilização dos recursos disponibilizados.

Artigo 10º***Equipa Multidisciplinar***

1. A equipa multidisciplinar tem a seguinte composição:
 - a) Diretor Técnico;
 - b) Diretor Clínico;
 - c) Médicos Assistentes;
 - d) Médico Fisiatra;
 - e) Fisioterapeutas;
 - f) Enfermeiros;
 - g) Terapeuta Ocupacional;
 - h) Nutricionista;
 - i) Assistente Social;
 - j) Psicólogo Clínico;
 - k) Animador Sócio-Cultural.
2. A equipa multidisciplinar deverá reunir semanalmente e/ou sempre que se julgue necessário, preferencialmente assumindo a forma de visita semanal a todos os utentes internados.

Artigo 11º***Competências da Equipa Multidisciplinar***

1. Compete à equipa multidisciplinar:
 - a) Proceder a uma avaliação multidimensional do utente, elaborar a lista de problemas ativos e passivos e definir o plano individual de intervenção e os objetivos a atingir;
 - b) Proceder aos registos necessários ao desenvolvimento das ações, sua monitorização e respetivas avaliações multidisciplinares;
 - c) Dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados, nomeadamente sobre questões de ética, humanização e qualidade dos serviços;
 - d) Propor ações que visem a melhoria contínua da qualidade dos serviços e uma maior eficácia e eficiência na prestação de cuidados de saúde.
2. As competências de cada categoria profissional encontram-se descritas no manual de funções da UCP.

**CAPÍTULO III
RECURSOS****SECÇÃO I
RECURSOS FINANCEIROS****Artigo 12º**
Receitas da UCP

São receitas da UCP as que resultarem do desenvolvimento da sua atividade, nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, nomeadamente:

- As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados paliativos prestados a utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao abrigo do Acordo de Cooperação com a ARS Norte;
- As verbas correspondentes ao pagamento dos cuidados paliativos prestados aos beneficiários dos subsistemas ao abrigo do Acordo de Cooperação com a ARS Norte;
- Quaisquer outros rendimentos que resultem da sua atividade ou da utilização de bens que lhe estão adstritos.

**SECÇÃO II
RECURSOS HUMANOS****Artigo 13º**
Quadro de Pessoal

- Em conformidade com as recomendações constantes no acordo e em obediência a critérios de qualidade, segurança e humanização, a Unidade garante os recursos humanos necessários, em número e qualidade, à prestação dos cuidados acordados.
- O mapa de pessoal e as escalas respetivas estão afixados em local visível e acessível a todos os profissionais, utentes e seus familiares.

Área profissional	Número de profissionais	Número de horas semanais afetas à UCP	Frequência
Médico (inclui Fisiatra)	4	11	Presença diária
Enfermeiro	8	171	Presença permanente
Fisioterapeuta	2	5	Presença diária
Nutricionista	1	2	Presença ao longo da semana
Assistente Social	1	5	Presença ao longo da semana
Psicólogo	1	5	Presença ao longo da semana
Auxiliares Ação Médica	8	171	Presença permanente

Artigo 14º
Gestão de Recursos Humanos

- A organização das atividades da Unidade obedece às normas de segurança, higiene e saúde no trabalho.
- São da exclusiva competência da Direção todas as decisões em matéria de recursos humanos, nomeadamente a contratação e fixação da remuneração do pessoal, bem como, a política de formação e a avaliação do desempenho.

Artigo 15º
Política de Formação

- A Unidade apoia e incentiva a formação contínua ou em exercício de todos os colaboradores, como forma de desenvolvimento pessoal e profissional, através da valorização das suas competências técnicas, humanas e sociais.
- Para o efeito do disposto no número anterior, a Direção Técnica:
 - Aprova anualmente um plano de formação para os diferentes grupos profissionais da Unidade, com base no levantamento de necessidades, privilegiando as ações que visem a participação conjunta da equipa multidisciplinar;
 - Divulga ações de formação e outras oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, quer dentro da instituição, quer noutras;
 - Veicula informação sobre assuntos técnico-científicos de interesse no âmbito da saúde e particularmente na área dos cuidados continuados.

**SECÇÃO III
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS****Artigo 16º*****Instalações***

1. As condições de instalação aplicáveis são as que constam das recomendações sobre instalações para os cuidados continuados, emanadas pela Direção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde, e demais legislação aplicável, nomeadamente no que respeita às condições de acessibilidade, de evacuação em situação de emergência e de proteção contra risco de incêndio.
2. As instalações da Unidade de Cuidados Paliativos encontram-se no piso 0 e 1 e são compostas pelas seguintes áreas funcionais:
 - a) **Área de Acesso** (receção e atendimento, posto de segurança, secretaria e 3 instalações sanitárias) (piso 1);
 - b) **Área de Internamento** (8 quartos individuais, todos com instalação sanitária privativa) (piso 0);
 - c) **Área de Refeições** (1 cozinha, 1 copa de dietas, 1 despensa do dia, 1 armazém e 1 sala de refeições) (piso 0 e 1);
 - d) **Área de Convívio** (1 sala de convívio e atividades) (piso 0);
 - e) **Área de Gabinetes Técnicos** (2 postos de enfermagem, 2 gabinetes de preparação de medicação com ventilação, frigorífico e cofre, 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala multidisciplinar, 1 gabinete de terapia da fala) (piso 0 e 1);
 - f) **Área de Medicina Física e Reabilitação** (1 ginásio de fisioterapia, 1 sala de eletroterapia) (piso 1);
 - g) **Área de Instalações Sanitárias para Utentes** (1 instalações de banho assistido, 1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras) (piso 0 e 1).
 - h) **Área de Instalações Sanitárias para Visitas** (1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras) (piso 0 e 1);
 - i) **Área de Instalações Sanitárias para Pessoal** (2 instalações sanitárias) (piso 0 e 1);
 - j) **Área de Serviços de Apoio** (1 sala de material clínico com instalação sanitária, 1 sala de material de consumo com instalação sanitária, 2 salas de desinfeção de material clínico) (piso 0 e 1);
 - k) **Área de Serviços** (1 despensa de material de limpeza, 1 sala de sujos, 2 sala de roupa limpa, 1 lavandaria, 1 sala de arrumos, 1 sala para recolha/contenção de lixos) (piso 0);
 - l) **Instalações de Pessoal** (vestiários - piso 0);
 - m) **Arquivo** (piso 1);
 - n) **Sala de Recolha de Cadáveres** (piso 0).

Artigo 17º***Equipamentos***

1. O CCD coloca à disposição da Unidade os equipamentos necessários à prestação de cuidados aos seus utentes, com segurança e qualidade, designadamente gerador de emergência.
2. A Unidade garante a cada utente mobiliário adequado para acomodação de vestuário e objetos pessoais, respetivamente, roupeiro e mesa-de-cabeceira.

**CAPÍTULO IV
CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS INTERNOS DE ADMISSÃO E ALTA****SECÇÃO I
ADMISSÃO E MOBILIDADE DOS UTENTES****Artigo 18º*****Referenciação de Utentes***

Apenas são admitidos na Unidade doentes referenciados pela Equipa Coordenadora Local (ECL).

Artigo 19º***Requisitos de Admissão***

1. São admitidos na Unidade os utentes referenciados pela ECL que preencham os critérios previstos na legislação aplicável e nas orientações emanadas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. para este efeito.
2. De acordo com o preconizado no número anterior, são admitidos na Unidade de Cuidados Paliativos os utentes em que se verifiquem as seguintes situações:

- a) Doença complexas em estado avançado, com evidência de falta da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal, que requerem cuidados em regime de internamento para orientação ou aplicação do plano terapêutico paliativo;
- b) Situação de dependência de doente portador de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida patologia de base;
- c) Para descanso do cuidador de doentes com as características acima descritas.

Artigo 20º***Procedimentos de Admissão e Acolhimento do Utente***

1. Os Utentes são referenciados pela ECL na decorrência de identificação da situação de dependência, mediante proposta de admissão à unidade contendo informação clínica e social do doente e de harmonia com os critérios estabelecidos pela RNCCI para a admissão na Unidade de Cuidados Paliativos;
2. No processo de referência, a ECL envia à Unidade toda a documentação administrativa, clínica e social imprescindível à constituição do processo do utente e à preparação do plano de intervenção da equipa da Unidade.
3. Entre outra, deve ser fornecida a seguinte informação:
 - a) Entidade financeira responsável;
 - b) Número de beneficiário de subsistema, caso exista;
 - c) Número de bilhete de identidade/cartão de cidadão;
 - d) Número de utente do SNS;
 - e) História clínica e social;
 - f) Medicação;
 - g) Cópia dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados, que sejam relevantes para a decisão clínica;
 - h) Concordância formal do utente quanto à admissão na Unidade.
4. O plano individual de cuidados requer intervenção multidisciplinar e é elaborado após a admissão do utente, sendo revisto periodicamente.
5. A entrada do utente na unidade deve ocorrer até às 18h00, salvo em situações excecionais de que tenha sido dado conhecimento prévio à Unidade.

Artigo 21º***Processo Individual do Utente***

1. O processo individual do utente é único e reúne toda a informação clínica, social e administrativa, incluindo, obrigatoriamente:
 - a) Identificação do Utente;
 - b) Data de admissão;
 - c) Identificação e contacto do médico assistente do ambulatório;
 - d) Identificação do Gestor de Caso;
 - e) Identificação e contacto dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
 - f) Cópia do Consentimento informado e termo de aceitação;
 - g) Contrato de prestação de serviços;
 - h) Plano individual de intervenção;
 - i) Registo relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
 - j) Nota de alta.
2. O processo é estruturado de acordo com as diretrizes emanadas pela ACSS, I.P., e pelo Centro Distrital do ISS, I.P. e a legislação aplicável.
3. O processo individual do utente é permanentemente atualizado, sendo que, no que se reporta a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação clara do seu autor.
4. O processo pode ser consultado pelo utente e ainda, pelos familiares ou representante legal nos termos da legislação aplicável.
5. A Unidade assegura o arquivo do processo individual do utente, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 22º***Procedimentos de Mobilidade e Alta***

1. Quando atingidos os objetivos terapêuticos ou considerada adequada uma mudança de tipologia dentro da RNCCI, a Unidade fará proposta fundamentada à ECL, para apreciação e validação.

2. O planeamento da alta é iniciado logo após a admissão do utente por forma a permitir a articulação atempada com outras entidades, a elaboração e transmissão de informação clínica e social e a continuidade da prestação de cuidados.
3. No processo de planeamento da alta, a Unidade deve:
 - a) Disponibilizar ao utente ou seu representante legal, tal como à ECL com 48 horas de antecedência, relatório circunstanciado dos cuidados que lhe foram prestados, denominado por nota de alta;
 - b) Enviar ao médico de família e/ou médico assistente do utente informação da situação clínica do utente com cópia da nota de alta;
 - c) Arquivar cópia da nota de alta no processo do utente;
 - d) A unidade em articulação com a família do utente, deve diligenciar no sentido de a alta se verificar até às 12h00.
4. Os demais procedimentos de mobilidade e alta devem respeitar as diretrizes e orientações sobre a matéria emanadas pela ACSS, I.P., e pelo CDist. do ISS, I.P..

Artigo 23º

Horários de Funcionamento e das Refeições das UCCI

1. A Unidade funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, ininterruptamente todos os dias do ano.
2. O atendimento ao público na receção da Unidade funciona entre as 9h e as 19h todos os dias da semana.
3. O horário da secretaria funciona das 9h às 12h30 e das 14h às 17h30 em dias úteis.
4. Sem prejuízo da flexibilidade inerente à situação particular de cada utente, as refeições são servidas nos seguintes horários:
 - a) Pequeno-almoço: 8h30
 - b) Reforço da manhã: 10h30
 - c) Almoço: 12h30
 - d) Lanche: 16h
 - e) Jantar: 19h
 - f) Ceia: 22h.

SECÇÃO II

DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES/CUIDADORES INFORMAIS

Artigo 24º

Direitos dos Utentes

O utente internado na Unidade tem direito:

- a) A ser tratado pelo nome que preferir;
- b) A ser tratado no respeito pela dignidade humana, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
- c) A receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos e de reabilitação;
- d) À continuidade de cuidados;
- e) A ser informado acerca dos serviços de saúde existentes suas competências e níveis de cuidados;
- f) A ser envolvido na elaboração do seu plano individual de intervenção e a ver respeitadas, sempre que possível, as suas preferências e expectativas;
- g) A ser informado sobre a sua situação de saúde e psicossocial;
- h) Obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica;
- i) A dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino;
- j) À confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
- k) De acesso aos dados registados no seu processo clínico;
- l) À privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico;
- m) Por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações;
- n) À visita dos seus familiares e amigos;
- o) À sua liberdade individual;
- p) A uma alimentação adequada ao seu estado de saúde, incluindo dietas especiais em caso de prescrição médica;
- q) À participação, sempre que possível, dos familiares ou representante legal no apoio ao utente e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo deste;
- r) A um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;

- s) À justificação por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer ato profissional relacionado com a prestação de cuidados;
- t) À assistência religiosa e espiritual, a pedido do utente ou na incapacidade deste, dos seus cuidadores informais ou representante legal;
- u) A receber no ato de admissão, um exemplar do guia de acolhimento e à explicação do conteúdo do mesmo;
- v) A conhecer o plano de atividades diárias da unidade, que se encontra afixado em local visível.

Artigo 25º***Deveres dos Utentes***

O utente internado na Unidade tem o dever:

- a) De zelar pelo seu estado de saúde;
- b) De fornecer aos profissionais de saúde, todas as informações necessárias para obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento;
- c) De respeitar os direitos dos outros utentes, nomeadamente a hora de silêncio e descanso bem como a recolha aos quartos se verificar até às 22 horas;
- d) De colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e por si livremente aceites;
- e) De respeitar as regras de funcionamento da unidade;
- f) De utilizar os serviços de saúde de forma apropriado e de colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários;
- g) De suportar os encargos decorrentes de apoio social, cujo valor foi comunicado pela Equipa de Coordenação Local no momento da sua transferência para unidade;
- h) Liquidar todos os débitos mensais entre o dia 1 e 8 respetivamente na secretaria da instituição e restantes débitos a quando da alta contra recibo, sob a forma de numerário, cheque ou transferência bancária.

Artigo 26º***Direitos dos Cuidadores Informais e/ou Representantes Legais***

Os cuidadores informais e o representante legal do utente internado na unidade têm direito:

- a) A ser envolvido no processo de acolhimento do utente;
- b) A participar na elaboração do plano individual de intervenção, nomeadamente no que respeita ao acesso à informação sobre os seus direitos e evolução da respetiva situação;
- c) A acompanhar o utente durante o horário estabelecido, participando nas refeições e outras atividades desde que não ponha em causa a privacidade e descanso dos outros utentes;
- d) A obter por parte da unidade justificação por escrito e sempre que for solicitado, das razões da decisão de não realização de qualquer ato profissional relacionado com a prestação de cuidados;
- e) A consultar o regulamento interno da unidade,
- f) A ver respeitada as suas decisões quanto aos procedimentos a adotar quando o utente não reunir condições para o fazer comprovadamente.

Artigo 27º***Deveres dos Cuidadores Informais e/ou Representantes Legais***

Os cuidadores informais e o representante legal do utente internado na unidade têm o dever de:

- a) Fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para a obtenção de um correto diagnóstico e adequado tratamento;
- b) Colaborar com todos os profissionais da unidade e da RNCCI no sentido da promoção da autonomia e reabilitação do utente, sempre que tal seja possível e ainda no que diz respeito à sua reintegração social;
- c) Honrar os compromissos assumidos pelo utente, sempre que este não o possa fazer, nomeadamente os relacionamentos com a assunção de encargos decorrentes da prestação de apoio social.

Artigo 28º***Direitos dos Colaboradores***

- a) Ser tratado com o respeito que lhe é devido;
- b) Frequentar ações de formação necessárias e adequadas à realização das funções que desempenha no conjunto dos serviços prestados, de forma a assegurar a qualidade dos mesmos;
- c) À remuneração.

Artigo 29º***Deveres dos Colaboradores***

- a) Assegurar a qualidade dos serviços prestados;

- b) Ter elevado sentido de responsabilidade;
- c) À pontualidade e assiduidade;
- d) À confidencialidade;
- e) Dispor de capacidade de comunicação e fácil relacionamento, que permita adotar uma atitude de escuta e observação quanto às necessidades dos utentes;
- f) Conhecer o conteúdo do presente regulamento interno.

Artigo 30º

Direitos e Deveres dos Voluntários

Os direitos e deveres dos voluntários são os que resultam da lei nº 71/98 de 2 de novembro, do decreto-lei nº 389/99 de 30 de setembro e demais legislação aplicável.

Artigo 31º

Visitas a Utes

1. O horário de visitas aos utentes da Unidade ocorre entre as **15h e as 19h** todos os dias da semana, com o objetivo de promover a participação da família no processo de recuperação e manutenção do utente, tal como, na preparação do regresso a casa. O horário para o cuidador principal/representante legal ocorre entre as **9h e as 20h** todos os dias da semana, no entanto é-lhe permitida a permanência durante o período noturno se assim o desejar;
2. Com base no número anterior, a Unidade incentiva a participação da família e dos cuidadores informais na prestação de cuidados, na toma de refeições, na concretização das atividades de vida diária e no acompanhamento aos tratamentos.
3. Com o objetivo de garantir o necessário descanso dos utentes, não são permitidas visitas fora do período definido no número um, exceto com a devida autorização do Diretor Técnico e do Diretor Clínico.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 32º

Relacionamento com a Comunidade

A Unidade do CCD privilegia formas atuantes de convivência e articulação com a comunidade em que se integra procurando sinergias, nomeadamente com Unidades de Saúde, instituições académicas, instituições de solidariedade social e outras entidades nacionais de interesse público.

Artigo 33º

Condições do Depósito de Bens

A Unidade não se responsabiliza pelos bens de valor pessoais que se encontrem na posse do utente. Caso o utente pretenda guardar um bem, o mesmo ficará no cofre da Instituição mediante assinatura de termo de entrega e levantamento onde estão descritos os bens a guardar.

No ato da admissão é realizado o levantamento de todos os bens, nomeadamente roupa que o utente traga e registado no processo do mesmo, tomando o utente/responsável familiar conhecimento.

Artigo 34º

Livro de Reclamações

A Unidade do CCD dispõe de livro de reclamações e tem afixado o aviso da sua existência em conformidade com a legislação aplicável e encontra-se na sala do Diretor Técnico.

Artigo 35º

Documentos a Afixar

A Unidade do CCD assegura que estão disponíveis e afixados em local visível:

- a) Licença ou autorização de funcionamento;
- b) Horário de atendimento;
- c) Identificação do diretor técnico;
- d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
- e) Horário de funcionamento, incluindo horário das visitas;
- f) Plano e horário das atividades;
- g) Mapa semanal das ementas;
- h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.

Artigo 36º

Dúvidas e Omissões

Tudo quanto suscite dúvidas e não se encontre previsto neste regulamento será resolvido pela Direção, à luz das disposições legais que devem nortear a prestação de cuidados de saúde.

Artigo 37º

Aprovação da RNCCI

O regulamento interno é aprovado pela entidade promotora e gestora da unidade e submetido à apreciação da ECR que emitirá parecer devidamente fundamentado, no prazo máximo de 30 dias úteis contados da data da receção do mesmo.

Artigo 38º

Entrada em Vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia imediato à aprovação pela Direção do CCD, sendo afixado em local visível a identificação da sua existência e disponibilidade para consulta.

Revisto e aprovado pela Direção do CPPSCD - Centro Comunitário de Darque em ____/____/____.

O Presidente da Direção,



APÊNDICE 60

Manual de Acolhimento do Colaborador

Manual de Acolhimento do Colaborador



2016

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

ÍNDICE

Carta de Apresentação.....	3
Introdução.....	4
1. Breve Caracterização da Instituição	4
2. Missão, Visão, Valores.....	5
3. Instalações	5
3.1 Espaço Físico das Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Paliativos	6
3.2 Espaço Físico das Respostas Sociais Dirigidas à Terceira Idade.....	6
3.3 Organograma das Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Paliativos.....	8
3.4 Organograma das Respostas Sociais Dirigidas à Terceira Idade	9
4. Horário de Funcionamento	10
5. Horário dos Colaboradores.....	10
6. Responsabilidades por Categoria Profissional.....	10
7. Código de Conduta	11
8. Legislação a Aplicar	12
8.1 Normas de Segurança e Higiene no Trabalho.....	12
8.2 Direitos e Deveres dos Colaboradores	12
8.3 Assiduidade e Pontualidade	13
8.4 Vencimento	13
8.5 Fardamento	14
8.6 Faltas.....	14
8.7 Férias.....	15
9. Formação Profissional	15
10. Avaliação de Desempenho	15

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

Carta de Apresentação

Caro/a Colaborador/a,

Seja Bem-vindo/a ao Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque (CPPSCD).

Integrar um novo membro na nossa equipa de trabalho é acima de tudo, motivo de orgulho para nós e por isso, procuramos fornecer-lhe as melhores condições de adaptação ao seu posto de trabalho, para que o mais rapidamente possível, se sinta parte integrante da nossa equipa e adquira sentimento de pertença.

De modo a facilitar a sua integração, realizamos este manual onde encontrará as informações necessárias e úteis, relativas à organização da instituição, proporcionando-lhe desta forma, uma melhor compreensão e conhecimento da mesma.

Colocamos assim, ao seu dispor um conjunto de informações/instrumentos tais como: horários, faltas, avaliação de desempenho, formação, entre outras, que o auxiliarão a compreender o essencial da dinâmica da instituição. As dúvidas que possam surgir, após a leitura do presente manual deverão ser colocadas à consideração da Direção do CPPSCD ou ao Diretor Técnico.

Neste seguimento, o CPPSCD dá-lhe as boas vindas em nome de toda a equipa de trabalho, esperando que encontre satisfação, motivação, gosto e interesse em trabalhar com a nossa equipa. Faremos o que estiver ao nosso alcance para que se sinta bem entre nós.



Introdução

O presente manual constitui um instrumento facilitador no processo de integração dos novos colaboradores que contactam pela primeira vez com o CPPSCD.

O objetivo deste manual é fornecer-lhe um conjunto de informações sobre a estrutura e organização interna, normas, regras e procedimentos em vigor na instituição, para que se possa identificar o mais rapidamente possível com a cultura institucional e se possa integrar no seu novo posto de trabalho.

Pretendemos também, esclarecer e consciencializar o novo colaborador, relativamente aos principais objetivos do CPPSCD, à Missão, Visão e Valores, bem como, sobre a importância do seu contributo para a melhoria da qualidade de vida dos nossos clientes/utentes.

Uma vez, que a qualidade dos cuidados/serviços prestados está intimamente ligada à qualidade humana daqueles que os prestam, procuramos no processo de admissão de um novo colaborador, valorizar não só as competências académicas, mas também as competências humanas.

Este manual dirige-se aos colaboradores das áreas da saúde e área sénior.

Face à natureza do serviço prestado pela instituição, os recursos humanos constituem-se como absolutamente decisivos para o cumprimento da Missão do CPPSCD.

1. Breve Caracterização da Instituição

O Centro Comunitário de Darque, pertence ao Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque, que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com sede na Rua das Dálias, nº 233, Lugar do Cais Novo, Freguesia de Darque, em Viana do Castelo, registada pela inscrição nº 47/90, a fl. 88 vº do livro nº 4 das Fundações de Solidariedade Social em 07 de dezembro de 1989.

A instituição disponibiliza à comunidade um apoio global e abrangente através de um serviço de atendimento diário na área de apoio à infância, juventude, sénior e na área da saúde, bem como, presta acompanhamento às famílias dos clientes/utentes das diversas respostas sociais/saúde.

O CPPSCD, a partir de então vem criando as seguintes respostas sociais:

- Creche (capacidade para 110 crianças);
- Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL) com capacidade para 20 crianças;
- Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção (UCCLDM) com capacidade para 16 utentes e Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação UCCMDR com capacidade para 15 utentes;

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

- Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) com capacidade para 8 utentes;
- Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) com capacidade para 44 clientes;
- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) com capacidade para 100 clientes.

Contactos:

Morada: Rua das Dális nº 233, Darque, 4935-132 Viana do Castelo

Endereço email: controcomunitariodarque@gmail.com

Telefone: 258 330 602/3

2. Missão, Visão e Valores

A UCP tem como Missão receber, apoiar e garantir os direitos e necessidades dos indivíduos da comunidade envolvente, de forma integral e personalizada. Contribuir para o bem-estar dos nossos doentes/família, através de um conjunto de serviços prestados com excelência e qualidade, proporcionando-lhes deste modo uma melhor qualidade de vida.

A sua Visão assenta no reconhecimento da UCP como uma Unidade de referência e preocupada na implementação de políticas e práticas de solidariedade, fortemente implicada com os agentes sociais, económicos e culturais e reconhecida como parceiro fundamental para o desenvolvimento regional ao nível da saúde e social.

A UCP distingue-se pelos seguintes Valores:

- Respeito pela dignidade humana;
- Responsabilidade social;
- Ética, profissionalismo e rigor;
- Confidencialidade e imparcialidade;
- Solidariedade;
- Justiça e equidade;
- Trabalho em equipa e entreaajuda;
- Qualidade;
- Prioridade aos mais vulneráveis;
- Honestidade;
- Comprometimento com a comunidade.

3. Instalações

Atendendo ao facto do CPPSCD estar dividido em diversas áreas, expomos a descrição desses mesmos espaços para uma melhor mobilidade na instituição. O edifício é constituído por três pisos.

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

O piso 0 é constituído por um espaço amplo subdividido em: Unidade de Cuidados Paliativos, copa de preparação de refeições para SAD, arquivo, vestiário dos colaboradores, espaço de cuidados de imagem, armazém, depósito de cadáveres, compartimento de lixos biológicos e área ainda não determinada.

No piso 1 estão as instalações das UCCLDM e UCCMDR.

No piso 2 encontram-se as instalações da ERPI.

3.1 Espaço Físico das Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Paliativos:

Piso 0:

- Instalações Sanitárias para Pessoal (Vestiários com WC e chuveiro);
- Sala para recolha/contenção de Resíduos Biológicos;
- Área de Internamento da UCP (8 quartos individuais, todos com instalação sanitária privativa);
- Área de Gabinetes Técnicos da UCP (1 postos de enfermagem, 1 gabinetes de preparação de medicação com banca, ventilação, frigorífico e cofre, 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala multidisciplinar, 1 copa com banca, frigorífico e forno micro ondas);
- Área de Instalações Sanitárias para Visitas (1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras);
- Sala de Recolha de Cadáveres.

Piso 1:

- Área de Acesso (receção e atendimento, posto de segurança, secretaria e 3 instalações sanitárias);
- Área de Refeições (1 cozinha, 1 copa de dietas, 1 despensa do dia, 1 armazém e 1 sala de refeições);
- Área de Internamento UCCLDM (7 quartos duplos, 2 quartos individuais, todos com instalação sanitária privativa);
- Área de Internamento UCCMDR (7 quartos duplos, 2 quartos individuais, todos com instalação sanitária privativa);
- Área de Convívio (1 sala de convívio e atividades);
- Área de Gabinetes Técnicos (2 postos de enfermagem, 2 gabinetes de preparação de medicação com ventilação, frigorífico e cofre, 1 gabinete médico, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala multidisciplinar, 1 gabinete de terapia da fala);
- Área de Medicina Física e Reabilitação (1 ginásio de fisioterapia, 1 sala de eletroterapia);
- Área de Instalações Sanitárias para Doentes (1 instalações de banho assistido, 1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras).
- Área de Instalações Sanitárias para Visitas (1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras);
- Área de Instalações Sanitárias para Pessoal (2 instalações sanitárias);

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

- Área de Serviços de Apoio (1 sala de material clínico com instalação sanitária, 1 sala de material de consumo com instalação sanitária, 2 salas de desinfecção de material clínico);
- Área de Serviços (1 despensa de material de limpeza, 1 sala de sujos, 2 sala de roupa limpa, 1 lavandaria, 1 sala de arrumos);
- Arquivo;

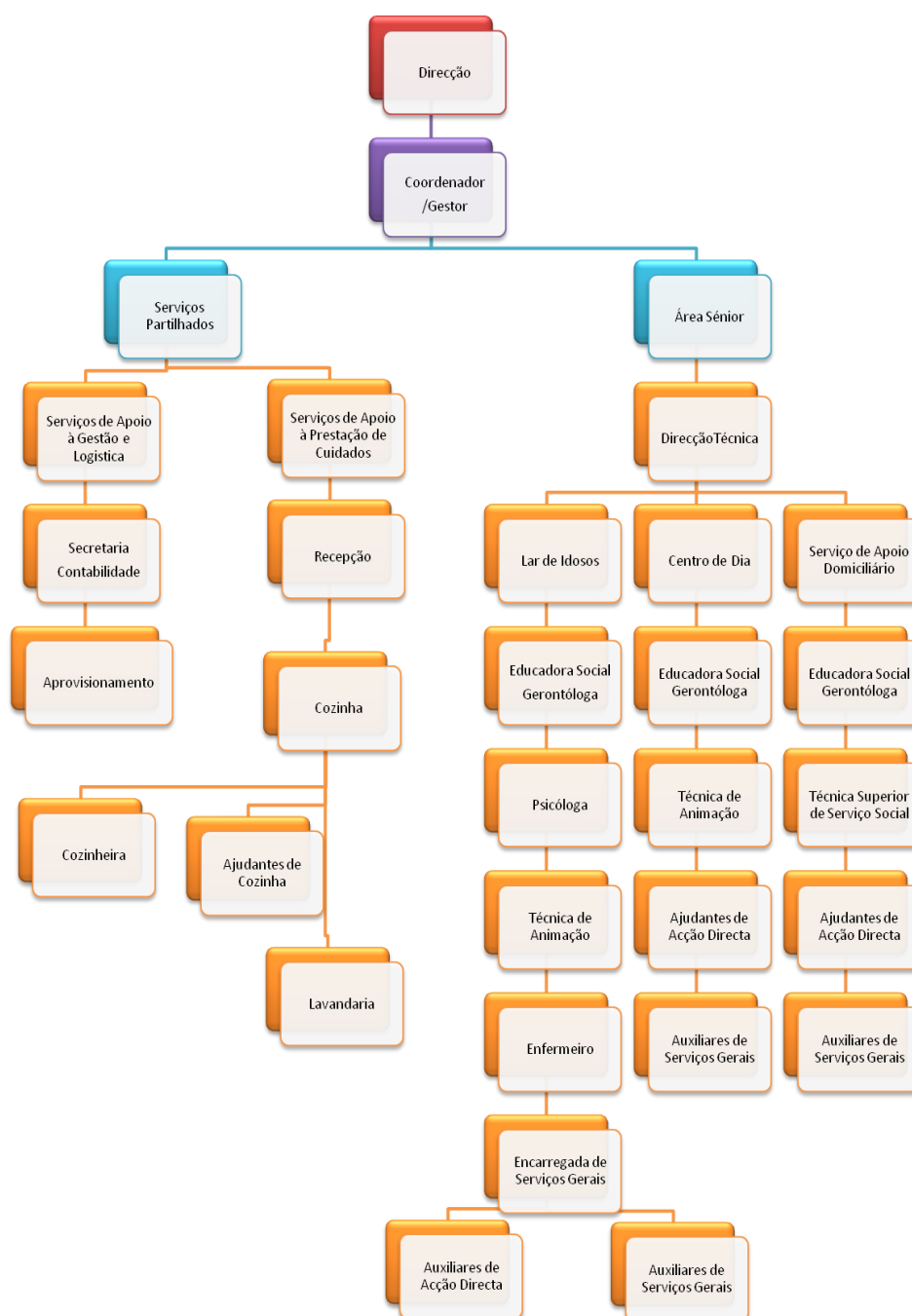
3.2 Espaço Físico das Respostas Sociais Dirigidas à Terceira Idade

- Área de Acesso (elevador/escadas);
- Área de Atendimento (receção);
- Área Técnica (1 gabinete técnico, 1 sala de reuniões e 1 instalação sanitária);
- Área de Serviços de Saúde (1 gabinete de saúde com instalação sanitária);
- Área das Instalações para o Pessoal (1 sala de vigilante com instalação sanitária, vestiário – piso 0);
- Área de Quartos (12 quartos duplos, 4 quartos individuais e 4 quartos triplos, todos com instalação sanitária privativa);
- Área de Convívio e Atividades (2 salas de convívio, 1 sala de atividades);
- Área de Refeições (1 cozinha, 1 copa de dietas, 1 despensa do dia, 1 armazém, 2 salas de refeições);
- Área de Serviços (1 lavandaria, 2 rouparias, 2 zonas de sujos);
- Área de Cuidados de Imagem (piso 0);
- Área de Serviços de Apoio (2 copas de apoio);
- Área de Instalações Sanitárias (2 instalações de banho assistido, 1 instalação sanitária adaptada, 1 instalação sanitária de homens, 1 instalação sanitária de senhoras).
- Área de Preparação de Refeições do SAD (piso 0).

As instalações indicadas estão organizadas com todo o equipamento e material necessário para o bom desempenho das atividades a desenvolver pelos colaboradores.

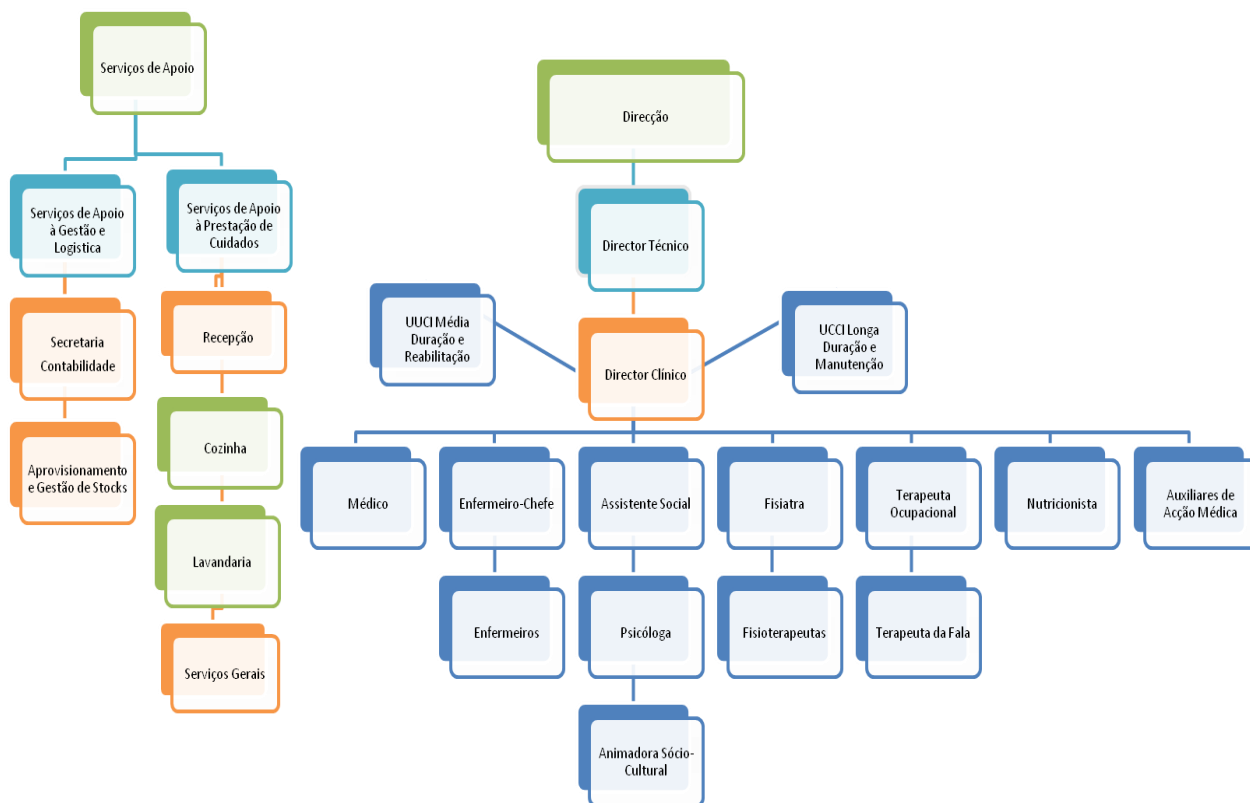
Nas instalações dos colaboradores existem cacifos individuais, sendo que cada um é responsável pela organização e higiene do seu armário.

3.3 Organograma das Unidades de Cuidados Continuados Integrados e Paliativos





3.4 Organograma das Respostas Sociais Dirigidas à Terceira Idade



	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

4. Horários de Funcionamento

- UCCLDM, UCCMDR: 24h/dia ininterruptamente ao longo do ano;
- UCP: 24h/dia ininterruptamente ao longo do ano;
- ERPI: 24h/dia ininterruptamente ao longo do ano;
- SAD: ininterruptamente ao longo de todo o ano, de segunda a domingo entre as 8h e as 16h;
- Recepção: o horário de atendimento da decorre no período das 8h00 às 20h00;
- Secretaria: o horário de funcionamento da decorre das 9h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h30.

5. Horário dos Colaboradores

Os colaboradores cumprem o horário previsto no contrato de trabalho, de acordo com o Boletim de Trabalho e Emprego da CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social:

- 35 Horas semanais para técnicos superiores;
- 37 Horas para ajudantes de ação direta;
- 38 Horas para trabalhadores administrativos e de apoio;
- 40 Horas para restantes trabalhadores.

Em caso de turnos, férias, folgas ou pontes aplicam-se os horários de forma alternada de acordo com as exigências do serviço e de acordo com o Diretor Técnico.

A Direção Técnica reserva-se ao direito de alterar os horários em vigor, sempre que as circunstâncias assim o justifiquem e não contrariem a legislação laboral em vigor.

6. Responsabilidades por Categoria Profissional

Os recursos humanos são um elemento essencial para o bom funcionamento da instituição. O cumprimento da nossa missão, a nossa evolução e sucesso depende em grande parte do desempenho, do profissionalismo e atitude dos nossos colaboradores. Solicitamos a todos a compreensão de nos momentos de necessidade, para o bem dos nossos utentes/clientes e melhor funcionamento da instituição, serem flexíveis para realizarem por vezes funções distintas.

Para o crescimento profissional, bem-estar e sucesso de cada um, é indispensável o trabalho e espírito de equipa. Todos têm que desenvolver no mínimo, as funções descritas no Manual de Funções.

7. Código de Conduta

Um colaborador fica sujeito a análise disciplinar quando:



- Manifesta falta de respeito pelos superiores ou pelo regulamento interno;
- Destrói ou extravia géneros ou materiais da instituição;
- Se recusa a realizar as suas tarefas;
- Executa as suas atividades com desleixo;
- Tem uma conduta incorreta com colegas, clientes ou demais pessoas;
- Mente e/ou levanta falsos testemunhos;
- Falta ou não é pontual;
- Utiliza linguagem verbal ou não-verbal imprópria;
- Comete algum ato ilegal ou imoral.

A análise disciplinar reverte-se das seguintes formas:

- Repreensão oral;
- Repreensão escrita;
- Processo disciplinar.

Quando um colaborador tem mais de duas repreensões escritas num ano fica sujeito a processo disciplinar. Todas as ocorrências ficam registadas no processo individual do colaborador.

8. Legislação a Aplicar

8.1 Normas de Segurança e Higiene no Trabalho

Todos os/as colaboradores/as têm de estar conscientes de que a sua prestação no trabalho envolve riscos para si próprios/as e para terceiros. Como tal, colaboradores/as e superiores hierárquicos devem ter em conta as normas de segurança e higiene no trabalho e os seguintes princípios:

- Cooperar na instituição, para a melhoria do sistema de segurança, higiene e saúde no trabalho, nomeadamente por intermédio dos representantes dos trabalhadores eleitos para esse fim;
- Cumprir as prescrições de segurança, higiene e saúde no trabalho estabelecidas nas disposições legais ou convencionais aplicáveis, bem como as ordens dadas pela entidade empregadora;
- Respeitar com todo o rigor as normas estabelecidas no HACCP;
- Executar as regras do Plano de Segurança Interno, em caso de emergência.

8.2 Direitos e Deveres do/a colaborador/a

Direitos do/a colaborador/a:

- Ser respeitado e tratado com urbanidade e integridade;
- Receber pontualmente a retribuição, que deve ser justa e adequada à categoria profissional;
- Ter boas condições de trabalho, tanto do ponto de vista físico como moral;
- Receber formação profissional adequada à categoria profissional que desempenha;

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

- Ter autonomia técnica para o exercício da atividade que exerce;
- Poder representar os colegas de trabalho em cargos associativos ou sindicais;
- Ter proteção adequada quanto à segurança e saúde no trabalho;
- Ser informado sobre aspetos relevantes do contrato de trabalho;
- Ser informado por escrito das suas funções e responsabilidades no trabalho;
- Estar abrangido pelo regulamento interno e o contrato coletivo de trabalho para as IPSS.

Deveres do/a colaborador/a:

- Respeitar e tratar com urbanidade e integridade a entidade empregadora, os superiores hierárquicos, restantes colaboradores, clientes/responsáveis dos clientes, significativos, visitantes e as demais pessoas que estejam ou entrem em relação com a instituição;
- Comparecer ao serviço com assiduidade e pontualidade;
- Realizar o trabalho com zelo e diligência;
- Cumprir as ordens e instruções da entidade empregadora em tudo o que respeite à execução e disciplina do trabalho, salvo na medida em que se mostrem contrárias aos seus direitos e garantias;
- Guardar lealdade e confidencialidade à instituição, não divulgando informações referentes à sua organização;
- Guardar lealdade e confidencialidade dos clientes/responsáveis dos clientes, não divulgando informações;
- Zelar pela conservação e boa utilização dos bens relacionados com o seu trabalho que lhe forem confiados;
- Promover ou executar todos os atos tendentes à melhoria da produtividade da instituição;
- Cooperar para a melhoria do sistema de segurança, higiene e saúde no trabalho;
- Cumprir as prescrições de segurança, higiene e saúde no trabalho estabelecidas nas disposições legais ou convencionais aplicáveis;
- Fazer sempre uso da farda disponibilizada pela instituição no âmbito do desempenho das suas funções;
- Facultar o número de telefone fixo e do telemóvel da resposta social aos clientes ou familiares. Os colaboradores devem evitar utilizar os telefones da instituição para assuntos pessoais;
- Conhecer o conteúdo do presente regulamento interno.

8.3 Assiduidade e Pontualidade do/a Colaborador/a

O registo do horário laboral é realizado através de um processador informático que permite captar a impressão digital da/o colaborador/a em questão, bem como do preenchimento da folha de registo de presença. Este registo permite conferir a assiduidade e pontualidade dos/as colaboradores/as.

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

8.4 Vencimento

- O vencimento dos/as colaboradores/as é individualizado e de acordo com a tabela salarial das IPSS's em vigor. Os vencimentos devem ser pagos até ao dia 8 de cada mês;
- O subsídio de alimentação não será pago em numerário, uma vez que a instituição irá fornecer aos colaboradores a alimentação;
- Os colaboradores que estejam a prestar serviço em regime de tempo completo têm direito a uma diuturnidade, por cada cinco anos de serviço, até ao limite de cinco diuturnidades;
- O/a colaborador/a que, no desempenho das suas funções, tenha responsabilidade efetiva de caixa tem direito a um abono mensal para falhas no valor estabelecido anualmente na Convenção Colectiva de Trabalho da CNIS.

8.5 Fardamento

Quando aplicável ao posto de trabalho, o/a colaborador/a deverá possuir duas fardas a fim de se apresentar sempre com um aspeto limpo. No ato da admissão do/a novo/a colaborador/a o CPPSCD deverá fornecer o equipamento individual conforme a lista que estipula a necessidade de cada função. O calçado, salvo exceção, fica à responsabilidade do/a colaborador/a e deverá ser adequado.

8.6 Faltas

As faltas podem ser justificadas e injustificadas. De acordo com o previsto na lei são consideradas faltas justificadas:

- As dadas, durante 15 dias seguidos, por altura do casamento;
- As dadas até cinco dias consecutivos por falecimento de cônjuge não separado de pessoas e bens ou de parente ou afim no 1.º grau da linha reta (pais e filhos, mesmo que adotivos, enteados, padrastos, madrastas, sogros, genros e noras);
- As dadas até dois dias consecutivos por falecimento de outro parente ou afim da linha reta ou do 2.º grau da linha colateral (avós e bisavós, netos e bisnetos, irmãos e cunhados) e de outras pessoas que vivam em comunhão de vida e habitação com o trabalhador;
- As dadas ao abrigo do regime jurídico do trabalhador-estudante;
- As motivadas por impossibilidade de prestar trabalho devido a fato que não seja imputável ao trabalhador, nomeadamente nos casos de:
 - Doença, acidente ou cumprimento de obrigações legais;
 - Prestação de assistência inadiável e imprescindível, até 15 dias por ano, a cônjuge, parente ou afim na linha reta ascendente (avô bisavô do trabalhador ou do homem/mulher deste), a parente ou afim do 2.º grau da linha colateral (irmão do trabalhador ou do homem/mulher deste), a filho, adotado ou enteado com mais de 10 anos de idade;
 - Detenção ou prisão preventiva, caso se não venha a verificar decisão condenatória;



- As ausências não superiores a 4 horas e só pelo tempo estritamente necessário para deslocação à escola do responsável pela educação de menor, uma vez por trimestre, a fim de se inteirar da respectiva situação educativa;
- As dadas pelos trabalhadores eleitos para as estruturas de representação coletiva, nos termos das normas legais aplicáveis;
- As dadas por candidatos a eleições para cargos públicos, durante o período legal da respectiva campanha eleitoral;
- As dadas pelo período adequado à dádiva de sangue;
- As dadas ao abrigo do regime jurídico do voluntariado social;
- As autorizadas ou aprovadas pelo empregador;
- As que por lei forem como tal qualificadas;
- Os/as colaboradores/as têm direito a faltar ao trabalho, até 30 dias por ano, para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente, a filhos, adotados ou a enteados menores de 12 anos;
- Em caso de hospitalização, o direito a faltar estende-se ao período em que aquela durar, caso se trate de menores de 12 anos, mas não pode ser exercido simultaneamente pelo pai e pela mãe ou equiparados;
- O colaborador pode faltar ao trabalho até 15 dias por ano para prestar assistência inadiável e imprescindível em caso de acidente ou doença, a filho ou enteado com 12 ou mais anos de idade que, no caso de ser maior, faça parte do seu agregado familiar.
- Qualquer falta terá que ser formalmente comunicada e posteriormente justificada.
- O colaborador só pode ausentar-se do serviço ou chegar tarde se tiver autorização para tal. Se isto não acontecer considera-se falta injustificada.
- Se um colaborador der 3 faltas injustificadas consecutivas ou 5 interpoladas por ano fica sujeito a processo disciplinar.
- São consideradas injustificadas todas as faltas não previstas no número anterior.

8.7 Férias

O colaborador tem direito a um período de férias remuneradas em cada ano civil. As férias serão gozadas em períodos a acordar com a entidade empregadora.

O direito a férias adquire-se com a celebração do contrato de trabalho e vence-se no dia 1 de Janeiro de cada ano civil, salvo o disposto no número seguinte:

- No ano da contratação o trabalhador tem direito, após seis meses completos de execução do contrato, a gozar dois dias úteis de férias por cada mês de duração do contrato, até ao máximo de 20 dias úteis;



- No caso de sobrevir o termo do ano civil antes de decorrido o prazo referido no item anterior ou antes de gozado o direito a férias, pode o colaborador usufruí-lo até a 30 de Junho do ano civil subsequente;
- Em caso de cessação do contrato de trabalho, as instituições ficam obrigadas a proporcionar o gozo de férias no momento imediatamente anterior.
- O período anual de férias tem a duração mínima de 22 dias úteis.
- Para efeitos de férias, são úteis os dias da semana de segunda a sexta-feira, com exceção dos feriados, não podendo as férias ter início em dia de descanso semanal do colaborador.
- A duração do período de férias é aumentada no caso de o colaborador não ter faltado ou na eventualidade de ter apenas faltas justificadas, no ano a que as férias se reportam, nos seguintes termos:
 - Três dias de férias até ao máximo de uma falta ou dois meios-dias;
 - Dois dias de férias até ao máximo de duas faltas ou quatro meios-dias;
 - Um dia de férias até ao máximo de três faltas ou seis meios-dias.

9. Formação Profissional

O CPPSCD tem o dever de apoiar a formação profissional dos seus colaboradores, proporcionando ações de formação profissional adequadas à sua qualificação. O colaborador deve assim participar de modo diligente nas ações de formação profissional que lhe sejam proporcionadas.

A formação contínua de ativos deve abranger, em cada ano, pelo menos 10% dos trabalhadores, sendo que a instituição proporciona anualmente 35 horas de formação certificada.

As ações de formação devem ocorrer durante o período normal de trabalho, sempre que possível, contando a respetiva frequência para todos os efeitos como tempo efetivo de serviço.

10. Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho é fundamental para a gestão dos recursos humanos. Esta serve para avaliar o trabalho dos colaboradores, corrigir eventuais erros, verificar a necessidade de formação, melhorar o desempenho dos colaboradores e por fim constitui um momento de autoavaliação.

Com vista à melhoria da qualidade dos serviços e da produtividade do trabalho, a entidade patronal implementou um sistema de avaliação do desempenho a todos os/as colaboradores/as, com vista ao desenvolvimento profissional e progressão na carreira.

Anualmente será ainda realizada uma avaliação à própria instituição, através de inquéritos anónimos fornecidos aos colaboradores, clientes e responsáveis dos clientes, de forma a avaliar a satisfação dos mesmos com os serviços prestados ou realizados.

	MANUAL DE ACOLHIMENTO DO COLABORADOR	Data: 2016
	Centro Comunitário de Darque	

A avaliação de desempenho é realizada anualmente e é composta pela auto-avaliação do colaborador (40%) e pela avaliação do seu superior hierárquico (60%).

Os critérios para avaliação de desempenho dividem-se duas áreas:

- **Desenvolvimento Profissional**

- Assiduidade;
- Pontualidade;
- Conhecimento das funções;
- Responsabilidade;
- Flexibilidade;
- Trabalho em equipa;
- Valorização profissional.

- **Desenvolvimento Pessoal**

- Empenho/dedicação;
- Competência;
- Relações humanas.

Seja Bem-Vindo à Nossa Equipa!!

APÊNDICE 61

**Definição da Estratégia de Marketing para a
Unidade de Cuidados Paliativos**

Atividade N.º 13	
Ação	Definição da Estratégia de Marketing para a Unidade de Cuidados Paliativos
Fundamentação	<p>“Publicitar”, “dar a conhecer” e “divulgar” é essencial nos dias em que vivemos. A necessidade de promoção dos cuidados paliativos não é exceção. Para isso, além da formação ou da investigação é também necessário, que por ações concertadas, se difunda a filosofia dos cuidados paliativos, se promova reflexão junto dos profissionais de saúde e que se provoquem mudanças nas atitudes, quer dos prestadores dos cuidados de saúde, quer dos que deles necessitam. Este conjunto de atividades designa-se por Marketing e é definido como o conjunto dos métodos e meios de que uma organização dispõe para se promover nos públicos pelos quais interessa os comportamentos favoráveis à realização dos seus próprios objetivos, estabelecendo, desta forma, uma relação entre a organização e o exterior (Kotler, 2002).</p>
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir os grupos-alvo e definir as medidas estratégicas para cada um deles; • Definir Plano Estratégico de Marketing para a UCP; • Construir documentos necessários para a concretização da estratégia de marketing.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Negociação com a Equipa multidisciplinar os grupos-alvo e as possibilidades estratégicas a utilizar.
Intervenientes	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrando; • Equipa Multidisciplinar da UCP;
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das estratégias de marketing para a UCP; • Construção dos documentos a utilizar na estratégia de Marketing; • Implementação da estratégia de marketing quando a equipa iniciar a prestação de cuidados paliativos; • Avaliação da implementação da estratégia de marketing.